



Gestión emocional en estudiantes y enfermeros al cuidado de pacientes terminales.

Emotional management in students and nurses assisting terminally ill patients.

Revisión Narrativa

Autora: María de Quinto Barbado

Tutora: Matilde Tenorio Matanzo

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

Curso académico 2017/2018

Índice

1. Resumen	1
2. Abstract.....	2
3. Introducción.....	3
4. Material y método.....	14
5. Análisis de los resultados	17
5.1. Concepción de la muerte	17
5.2. Paradigma biomédico	19
5.3. Sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado del paciente terminal	21
5.3.1. Sentimientos y emociones positivas.....	23
5.3.2. Sentimientos y emociones negativas.....	25
5.4. Mecanismos de defensa para afrontar la muerte	29
5.5. Formación pre-grado	33
6. Conclusiones.....	38
7. Agradecimientos	39
8. Bibliografía.....	40
9. Anexos.....	46

Índice de tablas y figuras

Figura 1. Modelo tradicional de atención al final de la vida	6
Figura 2. Modelo de atención integrada y complementaria	6
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos bibliográficos	14
Tabla 2. Estrategia de búsqueda y resultados	16

Abreviaturas

DeCs	Descriptores en Ciencias de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ESAD	Equipos de Soporte de Atención a Domicilio
EAPC	European Association for Palliative Care
CP	Cuidados Paliativos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

1. Resumen

Introducción. Los Cuidados Paliativos buscan aliviar los síntomas angustiantes que aparecen durante la etapa final de la vida, atender las necesidades emocionales, espirituales y sociales del paciente y dignificar la muerte de la persona. Durante la atención del paciente terminal, pueden aparecer sentimientos que interfieran en la labor enfermera y comprometan la calidad de los cuidados ofertados. El objetivo de esta revisión es analizar las necesidades de gestión emocional de estudiantes de Enfermería y enfermeros titulados durante el cuidado del paciente terminal y en qué medida la formación pre-grado interfiere en la adquisición de estrategias de afrontamiento.

Metodología. En esta revisión narrativa se buscó identificar toda la literatura relevante en Cuidados Paliativos desde la perspectiva enfermera. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos especializadas. Se seleccionaron 23 documentos que fueron agrupados en categorías como concepción de la muerte, paradigma biomédico, sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado del paciente terminal, mecanismos de defensa para afrontar la muerte y formación pre-grado.

Resultados. Los resultados muestran que existen profesionales de la salud que entienden la muerte como fracaso profesional y no como proceso natural de la vida. El proceso de morir está impregnado de sentimientos, la mayoría de ellos de carácter negativo, como culpa, impotencia y/o miedo. Se observa que los profesionales de Enfermería no se encuentran preparados para proporcionar cuidados al final de la vida por lo que es necesario un cambio en la enseñanza desde un paradigma curativo a uno paliativo.

Conclusión. La formación pre-grado basada en el paradigma biomédico provoca en estudiantes y profesionales enfermeros sentimientos negativos al no lograr salvar la vida del paciente. Estos sentimientos generan mecanismos de defensa negativos que pueden llegar a comprometer la calidad de los cuidados prestados. Por lo tanto, es necesario una formación pre-grado adecuada para mejorar las habilidades enfermeras durante el cuidado del paciente terminal.

Palabras clave. Cuidados Paliativos, Enfermería, estudiantes de Enfermería, gestión emocional, estrategias de afrontamiento, formación.

2. Abstract

Introduction. Palliative Care seeks to alleviate distressing symptoms that appear during the final stage of life, taking care of the emotional, spiritual and social needs of the patient, and enabling a dignified death. During the assistance to terminally ill patients feelings that interfere with nursing work may appear, what may compromise the quality of the health-care assistance. The aim of this work is to review the existing published evidence on the emotional management skills for nursing students and nurses to cope with terminally ill patients.

Methodology. A review was conducted to identify all relevant literature in the Palliative Care in nursing. Four specialized databases were searched, with 23 articles found addressing topics like conception of death, biomedical paradigm, feelings and emotions that arise during the care of terminally ill patients, defense mechanisms to cope with death/dying, and pre-graduate education.

Results. Our results show that most healthcare professionals understand the death as a failure of the system and not as a natural process experienced by every being. The process of dying is impregnated with feelings, most of them negative, such as guilt, helplessness and/or fear. Nursing professionals are generally not prepared to provide the needed care at the end of life, which highlights the need for a change in the education programs from the actual curative to a more predominant palliative paradigm.

Conclusion. Current pre-degree education based on the biomedical paradigm causes students and nurses negative feelings when they fail to save the patient's life. These feelings generate negative defense mechanisms that can compromise the quality of the care provided. An adequate pre-degree training is needed to improve nurses skills in assisting terminally ill patients.

Keywords. Palliative Care, Nursing, Nursing students, emotional management, coping strategies, education.

3. Introducción

Las últimas décadas del siglo XX y el inicio del siglo XXI se han caracterizado por un aumento en la esperanza de vida de la población mundial. Debido a este envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas terminales también se ha incrementado, pero gracias a los avances técnico-científicos y a la investigación en las Ciencias de la Salud, la supervivencia de los enfermos terminales ha mejorado^{1,2}. A pesar de ello, es inevitable admitir la finitud del ser humano y el derecho de éste a una muerte digna, y a recibir unos cuidados que alivien el sufrimiento generado al final de la vida.

La definición en DeCs de la esperanza de vida es “Número de años, basado en estadísticas conocidas, que individuos con una determinada edad, pueden razonablemente esperar vivir.”³. Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la esperanza de vida mundial ha aumentado a una velocidad de más de 3 años por década, excepto en la década de los 90 que se detuvo debido a distintos factores. Entre los años 2000 y 2015, se ha observado un incremento global de 5 años en la esperanza de vida, y en ese último año, se estimó la esperanza de vida mundial en 71,4 años y, en España, en más de 82 años⁴.

Otro de los datos que nos muestra la OMS es la esperanza de vida sana, es decir, el promedio de años, que se inicia en el momento del nacimiento, durante los cuales se espera que una persona no padecerá ninguna alteración grave que le afecte a su salud. A nivel mundial, se estima en 63 años aproximadamente, por lo que existe un intervalo de tiempo hasta la muerte de la persona durante el cual se observa una disminución de la salud. Las principales causas de esta disminución son: trastornos musculoesqueléticos, trastornos mentales y por consumo de sustancias, trastornos neurológicos, trastornos de la percepción (visión y audición), trastornos cardiovasculares y diabetes. La prevalencia de la mayor parte de estos trastornos aumenta con el paso de los años⁴, por lo tanto, el aumento de la población mayor de 60 años significa que aumentará la prevalencia de enfermedades crónicas terminales, y como consecuencia, la necesidad de proporcionar Cuidados Paliativos.

Por otro lado, se estima que más de 20 millones de personas mueren al año debido a una enfermedad que se encuentra en fase avanzada, progresiva e incurable, como pueden ser enfermos de SIDA o cáncer, por ejemplo. De estos 20 millones, un 6% son niños y un 69% son personas mayores de 60 años⁵, debido a su vulnerabilidad o complejidad, estos dos grupos son la población diana de los Cuidados Paliativos.

En nuestro país, mueren aproximadamente 80.000 personas al año a causa del cáncer, lo que significa que el 25% de las muertes en España son a consecuencia de esta enfermedad¹. A nivel global, mueren al año 6 millones de personas de cáncer y se diagnostican más de 10 millones de casos nuevos. Se considera que hasta el año 2020 se diagnosticarán al año 15 millones de casos. Por lo tanto, aproximadamente el 70% de las personas que mueren al año en el mundo van a pasar por una fase terminal durante un periodo de tiempo variable^{6, 7}. Para poder tratar con los problemas que puedan surgir durante este periodo de tiempo previo a la muerte, aparecen los Cuidados Paliativos.

Otros datos de la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial de los Cuidados Paliativos muestran que únicamente 1 de cada 10 personas que necesitan Cuidados Paliativos los está recibiendo. De este porcentaje, un tercio son pacientes oncológicos⁵. Esto significa que no se está captando de manera correcta a la población diana, es decir, que no se está realizando una buena valoración del problema y no se cuenta con los recursos suficientes para ello.

Según la OMS las enfermedades que pueden llegar a requerir Cuidados Paliativos son el Alzheimer u otro tipo de demencia, cáncer, enfermedades cardiovasculares (sin incluir la muerte súbita), cirrosis hepática, enfermedades pulmonares crónicas obstructivas, diabetes, VIH, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, Parkinson, artritis reumatoide y la tuberculosis⁸.

En el caso de los niños (población menor de 15 años), las enfermedades que también pueden requerir de este tipo de cuidados como lo son el cáncer, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática, anomalías congénitas (sin incluir anomalías cardíacas), enfermedades en la sangre o inmunológicas, VIH, meningitis, enfermedades renales, enfermedades neurológicas y condiciones neonatales⁸.

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como “un acercamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, los cuales se enfrentan ante un problema asociado a una enfermedad que amenaza la vida del paciente, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de identificación, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”⁸.

Así mismo, según el Código Deontológico en Enfermería española, “ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los Cuidados Paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y

compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”⁹.

Los Cuidados Paliativos surgen debido a la necesidad de abordar los problemas que aparecen a raíz de una enfermedad terminal. Por lo que, para conocer en profundidad qué son los Cuidados Paliativos, debemos de tener claro el concepto de enfermedad terminal. Se define enfermedad terminal como una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin respuesta al tratamiento específico con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. Se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. La enfermedad terminal tiene un gran impacto emocional en el paciente, en la familia y en el equipo multidisciplinar, que en muchas ocasiones está relacionado con la presencia de la muerte¹.

Por lo tanto, los Cuidados Paliativos proporcionan alivio al dolor y otros síntomas angustiantes generados por la enfermedad terminal, considerando el morir como un proceso natural. Es importante saber que su objetivo no es acelerar ni posponer la muerte, lo que se busca es atender los síntomas físicos y velar por las necesidades emocionales, espirituales y sociales, tanto del paciente terminal como de la familia^{7, 8}.

Otro de sus objetivos es buscar la manera de ayudar al paciente a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte. Apoyar tanto a los familiares en el proceso de enfermedad y el posterior duelo, como al enfermo; informando, comunicando y apoyando al paciente de manera que éste se sienta escuchado, participe en la toma de decisiones y reciba respuestas claras y sinceras por parte del personal sanitario^{7, 8}.

Además, estos cuidados implican la necesidad de trabajar en equipo, de manera que exista una buena coordinación entre todos los niveles asistenciales y que el paciente y la familia puedan beneficiarse de los recursos que se les pueda ofrecer^{7, 8}.

Por otro lado, según la complejidad del paciente terminal, se ofrecen distintos tipos de cuidados, dependiendo de si se encuentra en una situación no compleja o compleja. En primer lugar, se define como persona en situación no compleja a aquella que padece una enfermedad muy evolucionada, con pronóstico probable de fase terminal, cuyos síntomas y necesidades de atención pueden considerarse estables o controlables por profesionales con formación básica no especializada en Cuidados Paliativos. En este caso, el médico de atención primaria o el oncólogo, podrían establecer un tratamiento adecuado a este tipo

de pacientes. En cambio, las personas que se encuentran en situación compleja, padecen una serie de síntomas y necesidades de atención que se consideran inestables y de difícil control, por lo que es necesaria la intervención de un equipo de profesionales con formación especializada en Cuidados Paliativos^{5,7}.

Actualmente, en muchos casos, los tratamientos curativos se siguen priorizando ante los Cuidados Paliativos, ésto se conoce como el modelo tradicional de atención al final de la vida (figura 1). En este modelo, los Cuidados Paliativos se prestan una vez el tratamiento curativo no ha sido efectivo, por lo que no se trata correctamente el sufrimiento del paciente^{7,8}.

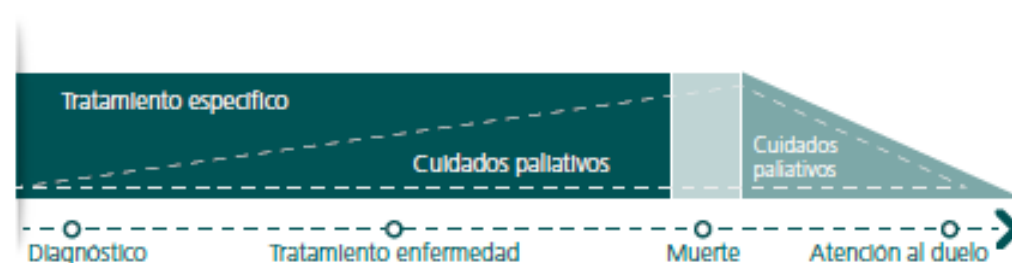
A raíz de la evolución de los Cuidados Paliativos, surgió un nuevo modelo conocido como modelo de atención integrada y complementaria (figura 2). A diferencia del modelo tradicional, los Cuidados Paliativos se prestan desde etapas más tempranas, de esta forma se evita el dolor y otros síntomas que produzcan disconfort a la persona^{7,8}.

Figura 1. Modelo tradicional de atención al final de la vida



Fuente: Fundación Caser. Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en Cuidados Paliativos. 2015.

Figura 2. Modelo de atención integrada y complementaria



Fuente: Fundación Caser. Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en Cuidados Paliativos. 2015.

Por lo tanto, para que un modelo de Cuidados Paliativos sea de calidad y aborde todas las necesidades de la persona tiene que cumplir una serie de requisitos. Entre ellos, el principal objetivo es que sea un modelo de atención integral, tratando siempre a la persona de manera holística⁷.

Otros de los requisitos que debe de presentar un modelo de calidad de Cuidados Paliativos, es que garantice una atención integrada, compartida y continuada. Es decir, que exista una relación y comunicación entre los distintos niveles de asistencia y que sea constante en el tiempo. Además, debe de ser accesible, equitativo y de calidad, tanto la atención prestada como los recursos, asegurando la cobertura de toda la población que requiere de Cuidados Paliativos. Debe de realizar evaluaciones periódicas de los resultados obtenidos, de esta manera se podrán adaptar los recursos a las necesidades que presenten los pacientes. Y por último, un modelo de calidad debe fomentar la formación continuada de los profesionales que se encuentran a cargo de estos cuidados⁷.

Como todos conocemos, la muerte es un proceso que siempre ha acompañado al hombre. Los cuidados que se realizan al final de la vida y el proceso de acompañamiento a la muerte, han sufrido una gran evolución hasta el día de hoy.

En las sociedades más antiguas, la muerte se trataba desde la espiritualidad y de manera muy respetuosa. Se ha podido comprobar, que durante este periodo previo a la muerte, se realizaban ceremonias religiosas y culturales fúnebres que variaban dependiendo de la cultura⁶.

En la Edad Media, los lugares donde se acogía a la gente, eran las posadas. A pesar de que surgen con el objetivo de atender a viajeros, en muchos casos se convirtieron en el lugar donde transcurrían los últimos días de vida de personas enfermas. Por esta razón, las posadas son consideradas las antecesoras de los hospicios que surgirían siglos posteriores⁶.

Hasta mediados del siglo XX, este periodo de enfermedad que finaliza en el momento de la muerte de la persona ocurría en los hogares, acompañados únicamente de los familiares. Pero en las últimas décadas, esto ha cambiado y ha pasado de suceder en las casas a trasladarse a los hospitales, a pesar de que muchas personas desean que este último lapso de tiempo ocurra en sus hogares, en la mayoría de ellos no se puede garantizar la máxima calidad de atención al enfermo, por lo ello se traslada a los hospitales donde sí se les puede garantizar unos cuidados de calidad^{2,6}.

En el Reino Unido en la década de los 50, comienza un cambio en la atención de estos pacientes, los cuidados ofrecidos inician a centrarse más en la persona. Este movimiento va *in crescendo* hasta el año 1967 donde nacen los Cuidados Paliativos de la mano de la doctora, enfermera y trabajadora social, Cicely Saunders en el *St. Christopher's Hospice* de Londres. Éste solo atendía a personas en la etapa final de la vida, naciendo así el llamado Movimiento “*Hospice*”^{6, 7, 10}.

La Dra. Saunders observó previamente los déficits que existían en los cuidados de pacientes terminales que estaban a punto de morir y creó este movimiento que rompía con aquello que se había realizado anteriormente, ya que, además de centrarse en el ámbito físico, por primera vez contemplaba las esferas emocionales, sociales y espirituales de la persona; es decir, se centraba en la persona de manera holística ^{6, 7, 10, 11}.

Su objetivo era encontrar la forma de aliviar el sufrimiento que surge al final de la vida, evitando la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico, además de proporcionar una muerte digna. Los cuidados que promovía la Dra. Saunders se basaban en tres ideas principales; los cuidados de calidad, la educación y la investigación ^{6, 7, 10, 11}.

Este movimiento comenzó a expandirse por distintos lugares del mundo. En primer lugar, llegó a Estados Unidos, y desde allí, los Cuidados Paliativos llegaron a Canadá. Por otro lado, desde Reino Unido, se expandió a distintos países europeos. En España, aparecen los Cuidados Paliativos por primera vez en 1984, en las ciudades de Santander y Barcelona. A partir de ese momento, fueron aumentando por todo el territorio español, aunque de no de forma homogénea ^{6, 7, 10, 11}.

A partir del Movimiento “*Hospice*”, en Europa se comenzó a divulgar la necesidad de ofrecer cuidados de calidad basados en la atención humanitaria y el impacto que éstos tienen sobre el paciente al final de la vida². A consecuencia de esto, comenzaron a establecerse una serie de medidas en Europa para llevar a cabo cambios en las políticas sanitarias con respecto a la atención de enfermos terminales.

Así, en 1987 se recogió en la *Conference Internationale des Ordres et des Organismes D'Attributions Similaires* en el artículo 12 de los *Principios de la Ética Médica Europea*, la necesidad de ayuda a los moribundos².

En 1991, el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Unión Europea estableció como objetivo indispensable de los Cuidados Paliativos, la calidad de vida del paciente y de sus familiares².

En 1999, el Consejo de Europa emitió una recomendación sobre *la Protección de los derechos humanos y de la dignidad de los pacientes terminales y moribundos*, y se solicitó la necesidad de instalar medidas para proporcionar Cuidados Paliativos que garantizaran la protección de estos derechos².

En 2003, se estableció otra recomendación, en este caso, sobre la organización de los Cuidados Paliativos. Se revisó y analizó los distintos modelos de atención en este tipo de cuidados en Europa y cómo se podían mejorar con distintas herramientas como la investigación y la formación del equipo interdisciplinar. Esta recomendación llega hasta la OMS, la cual también reclama la necesidad de poseer ciertos recursos para llevar a cabo los Cuidados Paliativos².

En España, también se han tomado distintas medidas con respecto a la política sanitaria en Cuidados Paliativos. Las medidas más importantes que se han tomado con respecto a la mejora de este tipo de cuidados han sido las siguientes.

En primer lugar, en el año 1999 se aprobó la elaboración de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos por parte del Gobierno. Ese mismo año, el Consejo Interterritorial concertó la creación de un Grupo de Trabajo sobre Cuidados Paliativos, el cual debía elaborar un Plan de Cuidados Paliativos como se acordó previamente. Este grupo entregó en el año 2000 un documento llamado “*Plan de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo*”, el cual fue aprobado².

Por otro lado, en 1999 se crearon los ESAD, los cuales servirían como apoyo a los equipos de Atención Primaria. A partir de ese momento, estos se encargarían de atender de manera conjunta tanto a pacientes terminales como a pacientes inmovilizados en sus hogares².

Por último, en el año 2003, gracias a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se introdujo la atención paliativa a enfermos terminales dentro de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, en atención primaria y hospitalaria ^{2, 12}. En la Cartera de Servicios podemos encontrar la definición de Cuidados Paliativos y los objetivos o metas a alcanzar. Así mismo, según lo que recoge la Cartera de Servicios, la atención paliativa incluye la identificación de pacientes en situación terminal según el

diagnóstico y la evolución de la enfermedad, una valoración integral de las necesidades del paciente y de la familia y su correspondiente plan de cuidados, la valoración frecuente y el control de síntomas físicos y emocionales e información y apoyo al paciente y a la familia durante esta etapa¹².

En el caso de la Comunidad de Madrid, dos de las medidas más importantes que se han tomado con respecto a los Cuidados Paliativos han sido las siguientes.

Se aprobó la Ley 3/2005 de Instrucciones Previas en el año 2005 a partir de la cual los pacientes pueden dejar por escrito aquellos cuidados que quieran recibir al final de la vida. Estas directrices se utilizarán en el caso de que el paciente no pueda comunicarlas por él mismo llegado el momento².

En el año 2017, se aprobó la Ley 4/2017 de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. En esta ley se regulan aspectos que tienen que ver con los derechos de los pacientes terminales, como por ejemplo, el derecho a recibir información, derecho a la toma de decisiones o derecho a obtener unos Cuidados Paliativos integrales. También regula los deberes de los profesionales que proporcionan estos cuidados. En este caso, se hace referencia al deber de informar debidamente al paciente acerca de su situación o facilitar la formulación de las instrucciones previas en el caso de que el paciente así lo desee¹³.

Por otro lado, en el año 2009 la Asociación Europea de Cuidados Paliativos configuró una normativa para los Cuidados Paliativos común para toda Europa, en ésta podemos encontrar objetivos para establecer en este tipo de cuidados. Estos objetivos se resumieron en siete puntos entre los que destacamos; buscar la continuidad de la atención en todos los niveles, promover la calidad de los programas de cuidados paliativos, facilitar la colaboración de asociaciones de atención paliativa y hospicios, ayudar en el desarrollo de los programas de Cuidados Paliativos y establecer objetivos nacionales para acceder a unos Cuidados Paliativos de calidad⁵.

Con respecto a la situación en la que se encuentran los Cuidados Paliativos en España, cabe destacar que nuestro país se sitúa entre las primeras posiciones respecto a la cantidad de recursos disponibles en este tipo de cuidados. Pero, por otro lado, los recursos disponibles no son los mismos en todas las Comunidades Autónomas, refiriéndonos tanto a recursos materiales como a recursos humanos. Esto significa que, a pesar de contar con gran cantidad de recursos, no existe un reparto equitativo de éstos en nuestro país⁵.

Si nos centramos en la situación actual española a nivel de formación, existe una insuficiencia a nivel de pre-grado ya que solo en el 50% de las universidades españolas es obligatoria la formación en cuidados paliativos¹⁴.

Existen cuatro momentos durante la carrera de un profesional enfermero en los cuales se considera necesaria la formación en Cuidados Paliativos; nivel básico o formación pre-grado, enfermeros recién graduados, enfermeros de Cuidados Paliativos y enfermeros docentes. Por otro lado, la EAPC especifica en tres niveles la formación en cuidados paliativos. Nivel A, corresponde al nivel básico, aquel que se imparte durante los estudios universitarios. Nivel B, para profesionales que atienden a pacientes terminales de forma habitual. Y el Nivel C, que corresponde a una formación especializada para los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados paliativos¹⁵.

A pesar de que se considera que la formación en Cuidados Paliativos debería de comenzar en los estudios universitarios, no en todos los casos es así¹⁶. Según las revisiones más recientes, en España se oferta en 107 escuelas de Enfermería y en 69 universidades, el Grado en Enfermería. De todas ellas, únicamente 38 incluyen una asignatura, como mínimo, que trate los cuidados de pacientes terminales. De estos 38, el 75% imparten esta asignatura de manera obligatoria y el 25% restante como asignatura optativa¹⁷. En aquellas universidades que no dedican una asignatura propia a los Cuidados Paliativos durante el grado, lo hacen a través de un módulo o temario en otras asignaturas, como por ejemplo, enfermería del adulto, cuidados de enfermería en situaciones críticas o enfermería geriátrica¹⁵.

Por otro lado, en relación a la formación pos-grado, de las 69 universidades españolas solo 10 ofertan másteres, una de ellas como Título Oficial y las otras 9 como Título Propio¹⁷. En cambio a nivel europeo, en Reino Unido e Irlanda, la formación pos-grado en Cuidados Paliativos se puede llegar a catalogar como especialidad médica, mientras que en Francia, Alemania, Polonia, Rumanía y Eslovaquia se considera subespecialidad. En el caso de España, todavía no se considera especialidad ni subespecialidad, aunque se encuentra proceso de ello¹⁶.

Como podemos comprobar, el final de la vida de una persona se trata de una etapa muy compleja y que involucra tanto a la totalidad del paciente como a la de los familiares. Al implicar la globalidad de la persona, es necesaria la presencia de un equipo

multidisciplinar, además de una buena comunicación entre los servicios sanitarios y sociales.

Nos encontramos en una etapa en la que la persona convive con un gran sufrimiento, no solo en el ámbito físico, sino un sufrimiento emocional. Pueden comenzar a aparecer ciertos interrogantes sobre la espiritualidad del paciente, como por ejemplo, qué hay después de la muerte. Por ello es de gran importancia la intervención, a través de un modelo de atención integral, de un equipo multidisciplinar que incluya tanto a médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y demás profesionales de la Salud. Todos ellos deben trabajar de manera eficaz para aliviar el sufrimiento del paciente y lograr alcanzar el derecho de éste a una muerte digna⁷.

Centrándonos en el ámbito enfermero, a través de nuestros cuidados podemos aliviar el sufrimiento físico y el sufrimiento emocional. En muchas ocasiones, se desvaloriza la esfera emocional ya que posee una gran carga subjetiva, y no se proporciona una atención psicológica ni social, por lo que no se cubren todas las necesidades del paciente⁵. Un mal control de aspectos emocionales o espirituales puede causar un desequilibrio a la hora de controlar el sufrimiento físico, de ahí la gran importancia de tratarlo de manera eficaz¹⁸. Para ello, es necesaria una formación en cuidados psicoemocionales para poder aliviar la angustia emocional y saber gestionar aquellas emociones que surgen durante el cuidado del paciente terminal.

Esta formación se debería realizar tanto a enfermeros pre-grado como a enfermeros pos-grado, ya que durante toda nuestra carrera profesional es muy probable que nos encontremos ante una situación en la que un paciente muera. Por lo que tendríamos que tener las herramientas necesarias tanto para poder consolar a los familiares del fallecido, como aquellas que nos permitan actuar de manera racional, pudiendo gestionar correctamente las emociones que nos surjan a raíz de este suceso.

La importancia de esta gestión emocional recae, en primera instancia, en la formación del estudiante de enfermería. Si se imparte una buena formación pre-grado tanto a nivel teórico como en los distintos rotatorios prácticos del estudiante, se generarán unos conocimientos sobre la gestión de las propias emociones. Por lo que la formación pos-grado se centrará en la adquisición de herramientas para aumentar la efectividad de esta autogestión ya aprendida, evitando de esta manera la aparición de situaciones angustiosas y de estrés emocional como puede ser el Síndrome de Burnout.

En cambio, si la formación del estudiante es insuficiente, errónea o incluso inexistente, no habrá una base de conocimientos sobre la gestión de emociones. Esto significa que durante el cuidado de pacientes terminales es muy probable que aparezcan emociones negativas como miedo o ansiedad, aumentando de esta forma la probabilidad de aparición del Burnout y otros problemas asociados al estrés. En este caso, la formación pos-grado de estos enfermeros sería muy distinta, ésta se encaminaría a la adquisición de herramientas básicas para el conocimiento de nuestras propias emociones, con el objetivo de paliar este miedo y ansiedad.

Por lo tanto, el objetivo en esta revisión narrativa es analizar las necesidades de gestión emocional tanto de estudiantes de Enfermería como de profesionales de Enfermería durante el cuidado del paciente terminal y en qué medida una formación pre-grado adecuada mejora sus estrategias de afrontamiento.

4. Material y método

La metodología más adecuada para conseguir estos objetivos, por tanto, es la revisión narrativa. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos relacionadas en Ciencias de la Salud. En este caso, fueron PubMed, Scielo, Cuiden y Cochrane Library. Para esta búsqueda se utilizó un lenguaje libre y controlado, en el caso de la base de datos PubMed se utilizaron términos MeSH. Además, se combinaron los términos de búsqueda con los operadores booleanos “AND” y “OR”, de esta manera la búsqueda recogería el mayor número de artículos posibles.

Se delimitó la búsqueda mediante una serie de filtros que fueron los siguientes: fecha de publicación de 5 años (Desde 2013 a 2018, ambos incluidos), la disponibilidad del texto completo e idiomas (español, inglés, portugués e italiano). Además, se aplicaron otra serie de filtros adicionales en aquellas bases de datos que lo permitieron, como PubMed. En este caso se agregó la edad (desde 18 años en adelante), ya que el propósito de este trabajo no abarca la población pediátrica, centrándose en la población adulta y anciana. Este filtro adicional solo se aplicó en aquellas bases de datos que lo permitieran, en las que no fue posible, se realizó esta exclusión una vez leído el título y el resumen del documento.

No se ha añadido ningún filtro con respecto al tipo de documento, por lo que se incluyeron artículos, revisiones narrativas, estudios, etc.

A la hora de seleccionar los documentos, tras la búsqueda bibliográfica, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Por lo tanto, para que los documentos sean seleccionados, deberán cumplir los requisitos que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos bibliográficos.

<u>Criterios de inclusión</u>	<u>Criterios de exclusión</u>
Documentos que hagan referencia al trabajo enfermero en unidades de Cuidados Paliativos.	Imposibilidad de acceder al texto completo.
Documentos que analicen la necesidad de gestión emocional en enfermeros que cuiden de pacientes terminales.	Documentos con antigüedad mayor a 5 años.

Documentos que aborden la importancia de la formación pre-grado en Cuidados Paliativos durante el grado de Enfermería.	Documentos escritos en idiomas diferentes a español, inglés, portugués o italiano.
Documentos que estudien la perspectiva de los alumnos de Enfermería con respecto a los Cuidados Paliativos.	Documentos que no hicieran referencia al trabajo enfermero en Cuidados Paliativos.
	Documentos que se centraran únicamente en la labor médica, psicológica o fisioterapéutica en los Cuidados Paliativos.
	Documentos en los que se haga referencia a la población pediátrica (de 0 a 18 años inclusive).
	Documentos que no hagan referencia a la formación pre-grado ni a la gestión de emociones en Enfermería.
	Documentos que se centren en la formación de estudiantes de otras Ciencias de la Salud que no sean Enfermería.

Fuente: elaboración propia

La Tabla 2 muestra las bases de datos seleccionadas, la estrategia de búsqueda realizada en las bases de datos previamente nombradas, el número de documentos encontrados y el número de documentos seleccionados.

De los 539 documentos que fueron encontrados, se realizó una primera selección de ellos mediante la lectura del título y el resumen. Finalmente, fueron seleccionados 29 documentos de las diferentes bases de datos para una segunda lectura completa. Algunos de los documentos encontrados se repetían en las diferentes bases de datos, en el caso de que haya sido seleccionado, solo aparece reflejado en la primera base de datos en la que se haya encontrado. Tras la segunda lectura, se seleccionaron 23 documentos y fueron descartados 6 de ellos por no cumplir los criterios de inclusión. Cabe destacar que fueron seleccionados dos documentos del año 2012, por tratarse de artículos de interés para esta revisión.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda y resultados.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PubMed	“Emotional intelligence”[Mesh] AND “Nursing Care”[Mesh] AND “Palliative Care”[Mesh]	0	0
	“Emotional intelligence”[Mesh] AND “Palliative Care”[Mesh]	30	0
	“Palliative Care”[Mesh] AND “Nursing Care”[Mesh]	42	0
	“Education”[Mesh] AND “Palliative Care”[Mesh] AND “Nursing”[Mesh]	6	0
	“Palliative Care”[Mesh] AND “Nursing Students”[Mesh]	4	2
	“Hospice Care”[Mesh] AND “Nursing Students”[Mesh]	0	0
	“Hospice and Palliative Care Nursing”[Mesh] AND “Students”[Mesh]	1	0
	“Hospice Care”[Mesh] AND “Students”[Mesh]	3	0
	“Palliative Care”[Mesh] AND “Students”[Mesh]	19	0
Scielo	“Cuidados Paliativos” AND “Enfermería”	104	15
	“Cuidados Paliativos” AND “Formación” AND “Enfermería”	0	0
	“Cuidados Paliativos” AND “Formación”	44	2
	“Cuidados Paliativos” AND “Estudiantes”	0	0
	“Enfermedad terminal” AND “Enfermería”	0	0
Cuiden	(“Cuidados Paliativos” AND “Enfermería”) OR “Apoyo psicológico”	223	6
	“Paciente terminal” AND “Enfermería”	30	4
Cochrane Library	(“Palliative Care”) AND (“Nursing Care” OR “Hospice Care”)	9	0
	“Palliative Care” AND “Nursing Students”	1	0
	“Terminal Patient” AND “Nursing Students”	0	0
	“Terminal Patient” AND “Nursing”	1	0
	“Palliative Care” AND “Students”	23	0

Fuente: elaboración propia

5. Análisis de los resultados

Se seleccionaron para esta revisión narrativa un total de 23 documentos. Todos ellos se encuentran recogidos y expuestos en detalle en el Anexo I. A continuación, los resultados obtenidos de los documentos se encuentran agrupados en las siguientes categorías: concepción de la muerte, paradigma biomédico, sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado del paciente terminal, mecanismos de defensa para afrontar la muerte y formación psicoemocional pre-grado.

1. Concepción de la muerte

Se define la muerte como “la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia que proveen de los atributos esenciales del ser humano y que integran el funcionamiento del organismo como un todo” ¹⁹.

El proceso de la muerte y la muerte en sí misma, es una parte de la realidad de los profesionales de la salud, ya que es muy probable que, en algún momento de la vida profesional de un enfermero, éste presencie el fallecimiento de alguno de sus pacientes ²⁰. Por lo que resulta inútil negar este proceso y la prolongación de este mismo cuando no hay posibilidades de supervivencia ^{21, 22}.

Actualmente, la muerte se entiende como un tabú, provocando rechazo y evitación tanto en el ámbito social como en el profesional ²³, como se señala en el estudio de Germano et al. ²⁴, “*hablamos mucho sobre la vida, pero nadie habla sobre la muerte*”. Se trata de un concepto impregnado de subjetividad y de significados atribuidos por cada persona a cerca de ello, por lo que cada profesional de enfermería experimenta el proceso de la muerte de manera distinta ^{24, 25}, de acuerdo al constructo social y a sus propias creencias sobre la muerte. Como señala Silva et al. ²⁶, las dudas existenciales relacionadas con la muerte derivan de la concepción de la vida propia de cada persona, por lo que las creencias, los valores y las vivencias influyen directamente en la forma de enfrentamiento a la muerte.

El concepto de la muerte, además de depender del modelo sociocultural y de los valores y creencias personales, según Marchán Espinosa ¹⁹, también depende del momento histórico. Hasta la primera mitad del siglo XX, la muerte se entendía como la parte final de la vida, era asumible y aceptada. Pero, a partir de la segunda mitad de este siglo, esta concepción cambió, impregnándose de negatividad al concebirla como un fracaso.

Durante esta etapa, por tanto, se entrelaza la historia de vida del profesional y distintos aspectos culturales y religiosos a cerca de la muerte²⁷. Estas cuestiones culturales pueden llegar a dificultar la aceptación de la finitud de la vida y el proceso de la muerte²⁸. Esto, con el paso del tiempo, puede provocar un desgaste a nivel emocional y psicológico si la persona que brinda cuidados a un moribundo no conoce sus propios sentimientos y emociones respecto a la enfermedad y la muerte, ya que es inevitable mantenerse indiferente, ni durante el ejercicio profesional ni ante el sufrimiento y el dolor que soporta el paciente terminal^{20, 27, 29}. Sobre este aspecto también se pronuncian Goncalves y su equipo³⁰, al reconocer que es esencial iniciar un ejercicio de autoconocimiento sobre la cuestión de la finitud humana para llegar a conocer nuestras propias posturas y percepciones acerca de cuestiones existenciales.

Resulta interesante enfatizar el estudio realizado por Costa et al.²², los cuales explican el concepto de la muerte desde dos visiones. El primer enfoque asocia la muerte a ideas negativas, como la tristeza, la pérdida y la finitud. En cambio, ellos resaltan otra concepción distinta a ésta, una centrada en la muerte como alivio, pasaje o como ciclo que se cierra. Dependiendo del enfoque interiorizado por el profesional de enfermería, se generarán distintos sentimientos y emociones a la hora de cuidar del paciente en fase terminal.

Múltiples estudios reflejan la necesidad de comprender el concepto de la muerte como proceso natural por parte de los profesionales^{21, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 33}, como señala Germano et al. en su estudio, *“debería ser entendido como un proceso y no como un fin”*²⁴. Así mismo, otros estudios resaltan la importancia de que los estudiantes integren dicha concepción^{31, 32}, de lo contrario se favorece la creación de una percepción negativa a cerca de la muerte, considerando la muerte como proceso no natural³³.

Según un estudio acerca del significado que atribuyen los profesionales de enfermería a la educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer, la educación para la muerte se comprende de dos características, formación y preparación. Éste puntualiza que la preparación ayuda a comprender la muerte como algo inevitable en todos los seres vivos y no como la incógnita a la que nos debemos de enfrentar³⁴.

En relación a esto último, varios estudios subrayan el enfoque de la muerte como una batalla o lucha, algo que debe ser combatido a cualquier precio. Esto provoca que el proceso de morir se considere un factor de ansiedad durante el cuidado del paciente

terminal, por no aceptar la muerte como un fenómeno natural y por enseñar a brindar el cuidado de la vida y no de la muerte^{24, 29, 35, 36}.

La muerte se debe entender, por tanto, como un proceso natural e inherente a la vida, una etapa inevitable del ciclo vital y no como el fracaso o derrota profesional^{20-22, 24, 26-29, 31-34, 36}, por lo que el profesional de enfermería debe reflexionar permanentemente sobre sus creencias, actitudes y miedos hacia la muerte²⁷. Aunque se evidencia una dificultad generalizada por parte de los profesionales de entender la muerte como parte del ciclo vital^{20, 29}.

2. Paradigma biomédico

Actualmente, la enseñanza en Ciencias de la Salud está orientada hacia el paradigma biomédico, el foco de atención de este paradigma se centra en la curación^{20, 21, 24-29, 34, 31}.

A consecuencia de este enfoque, en relación con el proceso de morir y la muerte, se enseña a buscar siempre una cura y a salvar y prolongar la vida, por lo que la muerte pasa a ser evitada a toda costa^{20, 21, 31}. Esto unido a que en muchas ocasiones, en estos pacientes, la muerte es inevitable y a la idea de que únicamente la cura y la recuperación del paciente son características de una buena atención o éxito profesional²⁹, genera sentimientos negativos en los profesionales de la salud²⁰.

Por otro lado, esta orientación centrada en la búsqueda constante de una cura, influye en la toma de decisiones del equipo interdisciplinar, pudiendo llegar a prolongar la vida de una persona de manera innecesaria con tratamientos curativos. De esta manera, se puede llegar a ocasionar aún más sufrimiento a la persona, en vez de establecer unos límites y dirigir todos los esfuerzos a ofrecer al paciente terminal unos Cuidados Paliativos con el objetivo de proporcionarle una muerte digna^{20, 31}.

Además, esta enseñanza está centrada en la técnica científica sobre la patología, sin tener en cuenta la individualidad del ser humano²⁰, es decir, se centra en la persona como enfermedad y no como un todo, planteamiento contrario al propuesto por Cicely Saunders para el cuidado de personas durante la etapa final de la vida. Los cuidados que propuso Saunders están enfocados a proporcionar alivio del dolor y a apoyar las funciones fisiológicas, además involucrar emocionalmente al enfermero, todo ello para poder garantizar unos cuidados de calidad²³. Por lo que muchos profesionales de enfermería expresan, existe una sensación de capacitación para ofrecer una atención corporal o física

pero no sienten estar preparados para brindar una atención psicológica y espiritual^{19, 24, 28, 31, 34, 36, 37}.

En relación a esto último, si solo existen procedimientos técnicos dentro de nuestros cuidados, se puede llegar a conseguir una desconexión y separación de la experiencia humana durante el cuidado al paciente terminal. Es decir, el trabajo realizado sería mecánico y el enfermero se consideraría un “ser técnico”, alejado del objetivo principal que buscan los Cuidados Paliativos de calidad, el cuidado holístico del paciente y de la familia^{20, 21, 24, 29}.

Según un estudio realizado a 30 enfermeros que proporcionan Cuidados Paliativos en la UCI, el modelo biomédico actual puede interferir con el rendimiento y el sentimiento de los profesionales de la salud cuando se enfrentan a la angustia relacionada con el proceso de morir²¹. Complementando este concepto, existe otro estudio cuyo objetivo es conocer las contribuciones del proceso educativo en los Cuidados Paliativos, que afirma que, esta interferencia en los sentimientos de los profesionales de la salud, multiplica los riesgos de error durante el cuidado del paciente³¹.

Se ha observado que al no negar el proceso de la muerte, evitando el sufrimiento innecesario y la prolongación del proceso de morir, el profesional de enfermería podrá efectuar un uso adecuado de las tecnologías y las terapias dirigidas al paciente²¹. Relacionado con esto, un estudio sobre enfermeros dedicados a Cuidados Paliativos ha concluido que en el momento que no haya esperanza de curación alguna, se debe de priorizar la implementación de tratamientos que no causen más discomfort que la propia enfermedad. Por lo tanto, el objetivo prioritario sería la promoción de terapias que disminuyan los signos y síntomas, y de esta manera dignificar el final de la vida del paciente. Este estudio lo resume como “*decir adiós de la mejor forma*”³¹.

Según Carvalho y su equipo, la enseñanza enfocada en el paradigma biomédico es un error y es necesario una reforma en el pensamiento sobre el cuidado paliativo, ya que la educación sobre este tema debería estar enfocada al desarrollo de aptitudes para abordar los problemas. Esto se consigue, según este estudio, cuestionándose a uno mismo, dudando y repensando sobre cuestiones relacionadas con la muerte³¹. Por otro lado, otro estudio que evaluó la actitud de 308 profesionales de enfermería hacia el cuidado al final de la vida, planteaba que las convicciones del cuidado en la etapa final de la vida vienen determinadas por distintas teorías, códigos y modelos de Enfermería que revelaban qué

se espera del enfermero durante esta etapa. Aquella teoría que respondía mejor a esta pregunta, según este estudio, era la Teoría del Cuidado Humano. Esta teoría se centra en las relaciones de cuidado interpersonales con el paciente. El desarrollo de éstas permite al enfermero adquirir determinadas capacidades orientadas a la preparación y expresión de sentimientos positivos y negativos, a la creación de relaciones de “ayuda-confianza” y a alcanzar conexiones con el paciente más profundas²³.

Cabe destacar que un estudio sobre enfermeros que proporcionan Cuidados Paliativos, ha demostrado que, de los profesionales de enfermería que participaban en este estudio, aquellos que habían cursado una asignatura sobre Cuidados Paliativos durante el pregrado reconocían un cambio en su forma de pensar sobre el cuidado al final de la vida. Pasaron de un pensamiento basado en el modelo biomédico a otro cuyo objetivo se trataba de cuidar al enfermo en su totalidad, considerando todas las esferas del paciente; física, psicoemocional y espiritual. Además, en este mismo estudio, se evidenció que aquellos enfermeros con conocimientos pre-grado en Cuidados Paliativos, demostraron el desarrollo de una sensibilidad especial para reconocer la necesidad de estos pacientes de recibir unos cuidados para una muerte digna³¹.

Son muchos los estudios que reclaman la necesidad de cambiar este paradigma biomédico, destacando la necesidad de tratar a la “persona como persona” en su totalidad y no como enfermedad. Por lo tanto, la formación en Cuidados Paliativos, lejos de centrarse en el paradigma biomédico, debe buscar una visión más humana a la hora de proporcionar cuidados, fomentando un cambio desde la perspectiva curativa hacia la paliativa^{20, 21, 22, 27, 28, 29, 34, 38}.

3. Sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado del paciente terminal

La implicación o participación emocional del personal enfermero durante el cuidado de pacientes terminales es inevitable, así lo muestran diferentes estudios^{20, 23, 35, 36, 37, 38}. Además de que los profesionales que pasan mayor cantidad de horas con el paciente son los enfermeros^{19, 20}. Por esta razón, son ellos los que pueden experimentar sensaciones o emociones relacionadas con la realidad que envuelve al paciente terminal y su familia²⁰, ya que al final, “*las enfermeras somos personas atendiendo a personas*”³⁷.

En cambio, otros autores muestran como existen enfermeros que desean brindar cuidados sin implicarse emocionalmente, ya que les surge el miedo de que al establecer una

relación transpersonal puedan llegar a sufrir con el paciente y deban combatir contra una gran carga de emociones, esto viene asociado a una formación escasa e inadecuada^{27, 33}.

Los profesionales de Enfermería se enfrentan a una confrontación existencial entre el “yo como persona”, que se refiere a lo que los enfermeros piensan y sienten, y al “yo como profesional”, aquello que se les ha enseñado (límites, distanciamiento emocional) y en algunas ocasiones ambas esferas se llegan a separar. Esta dualidad la encuentran diversos investigadores en sus estudios^{24, 35, 37, 39}. Por un lado, en el “yo como profesional” prevalece la razón, intentando alejar o, incluso, ocultar las emociones. Por el otro, en el “yo como persona” sí se muestran las emociones de diferentes maneras. Por tanto, el desafío se localiza en hallar un equilibrio entre la razón y la emoción durante el cuidado^{28, 35, 40}.

Según un análisis realizado 34 enfermeros y 12 pacientes⁴⁰, existe una relación inversa entre emociones positivas, como lo son la alegría, el placer y el orgullo, y emociones negativas, como tristeza, ansiedad y rabia, durante el cuidado de un paciente terminal. Es decir, que a mayor nivel de una, menor de la otra y viceversa. Esta idea también se ha analizado como un conflicto interno entre, la satisfacción que surge al aliviar el sufrimiento y favorecer la muerte digna, y los sentimientos de estrés, frustración e impotencia³⁶. Todo esto nos da a entender que *“no se puede subestimar el desorden que genera la muerte en cualquier persona”*²⁹.

Por otro lado, a pesar de que los sentimientos y emociones que puedan surgir durante el cuidado en la etapa final de la vida sean los mismos o similares, es importante tener en cuenta la individualidad de la persona. En cada enfermero o estudiante de Enfermería, el tiempo que perduren las emociones y el grado de empatía o de alejamiento emocional es distinto en cada uno de ellos^{22, 38}. Al igual que la personalidad de cada uno de ellos influirá de manera distinta durante el trabajo enfermero⁴¹.

Así mismo, existen ciertos factores que generan variaciones en el impacto psicosocial que produce la muerte como: quién muere, la edad a la que muere el paciente, las condiciones de muerte, las experiencias personales previas, la cantidad de pacientes atendidos que hayan fallecido, que sea la primera muerte o la aceptación o rechazo de la muerte por parte del paciente o la familia³⁷.

3.1. Sentimientos y emociones positivas

Uno de los factores predictivos más significativos para trabajar de manera efectiva son las actitudes que muestran los profesionales. Estas actitudes son necesarias a la hora de proporcionar cuidados al final de la vida y están compuestas por factores cognitivos, afectivos y conductuales. Las actitudes se tratan de una predisposición aprendida que, según un estudio que evaluó la actitud hacia el cuidado al final de la vida por parte de los enfermeros²³, depende de las características sociodemográficas, los rasgos de personalidad, las creencias personales y las creencias normativas. Éstas últimas se refieren a aquello que piensa el enfermero que se espera de él. Según Silveira²⁰, la muerte es un proceso inherente a la vida pero no por ello se debe mantener una postura de indiferencia ante los sentimientos que rodean esta etapa.

Relacionado con esto último, estudiantes de Enfermería han considerado que mostrar una actitud empática es mejor que permanecer imparcial e insensible. Pero, para ello, es necesario mantener una postura tranquila para poder proporcionar ayuda al paciente y su familia, además de saber controlar los impulsos y sentimientos que pudieran surgir³⁸.

Un estudio realizado a un grupo de enfermeros que trabajan con pacientes durante la etapa final de la vida (n=30)²⁰, muestra que el 51.6% de los enfermeros que participaron en él sintieron comodidad a la hora de proporcionar Cuidados Paliativos. Sienten que de esta forma se proporciona alivio durante la etapa final, consiguiendo de esta manera disminuir el sufrimiento tanto del paciente como de la familia.

Este mismo estudio, muestra que a raíz de la implicación emocional del personal enfermero surge la empatía, que favorece la creación de una relación de ayuda para el paciente y la familia. Silveira define la empatía como “la capacidad de comprender las experiencias de los demás, promoviendo los efectos positivos sobre el bienestar del paciente evitando terapias inútiles”. Relacionado con este sentimiento, un estudio coreano, el cual investiga los factores que afectan en el rendimiento de los enfermeros a cargo de Cuidados Paliativos²⁰, percibió que la empatía era uno de los factores predictores más significativos durante la práctica de Cuidados Paliativos. Además, señala que la empatía es necesaria para que los enfermeros sean capaces de entender al paciente. Esto coincide con la siguiente declaración realizada por parte de un residente de Cuidados Paliativos “*yo soy persona, tengo sentimientos, y en el momento en que yo no sienta nada más voy a necesitar ver si quiero continuar trabajando en esta área*”²².

A pesar de que la empatía es necesaria para la implicación emocional, los profesionales de enfermería pueden llegar a verse superados por la situación que está viviendo el paciente terminal y sus familiares durante su cuidado. Se observó en estudiantes de Enfermería que realizaban prácticas en Cuidados Paliativos³⁸, que la mayoría de ellos se vieron afectados por el sufrimiento del paciente y su familia. Esto se debió a que asociaron su historia de vida con la situación en la que se encontraba el paciente y su familia, es decir, se proyectaron a sí mismos en esa situación. Esta asociación o proyección se intensificaba o atenuaba dependiendo de una serie de factores como la edad, el sexo o las características físicas del paciente al que atendían. Por tanto, para conseguir un equilibrio emocional, es necesario el desarrollo de un ciclo de empatía-distanciamiento, que permita que el personal de Enfermería se involucre de forma moderada durante el cuidado, pero sin llegar a comprometer u obstaculizar su trabajo^{22, 38}.

Por otro lado, también nace en los enfermeros tranquilidad al saber que cumplen con su función al proporcionar estos cuidados³⁵. Un estudiante de enfermería lo resumía de la siguiente manera, *“simplemente debemos pensar que hemos dado una calidad de cuidados óptima a la persona dentro de sus condiciones. Y eso es precisamente lo que debe darnos tranquilidad: el saber que hemos realizado bien nuestro trabajo”*³³.

También, puede llegar aparecer satisfacción durante el cuidado de estas personas. Esta satisfacción está relacionada con la oportunidad de ayudar que siente el personal de Enfermería y con la sensación de hacer el bien a otras personas³⁸. Por otro lado, los profesionales de Enfermería sienten también satisfacción y orgullo en el momento que sus opiniones son valoradas y respetadas por el resto del equipo³⁶.

Relacionado con la visión de la muerte como un final positivo, un análisis realizado a un grupo de enfermeros y auxiliares de Enfermería (n=71) mostró que únicamente un 33% de los participantes se manifestó a favor de una postura de acercamiento a la muerte. Del otro 67%, el 42% estaba en desacuerdo y el 25% indeciso. Por lo que, la mayoría de los integrantes de este estudio, no estaban de acuerdo o dudaban de la idea de la muerte como un proceso que provocase tranquilidad³⁵.

Espinoza Venegas y su equipo²³, observaron que existían una serie de características que favorecían la actitud de los enfermeros hacia la muerte. Por un lado, los profesionales que tenían mayor edad, mostraban una actitud más favorable hacia el cuidado del paciente terminal. A pesar de esto, se señaló que la edad no se trataba de un factor predictivo como

tampoco lo es el sexo del personal de Enfermería. Relacionado con la edad, también se puntualizó en este estudio que los enfermeros más jóvenes se encuentran más predispuestos hacia un cambio de actitud tras una intervención educativa. Otro factor que señalaron, que afectaba positiva y significativamente a la actitud de los profesionales, eran las variables profesionales, siendo éstas las siguientes: una mayor preparación, experiencia en el tiempo y experiencia en cantidad de pacientes terminales.

Este último estudio confirma que, los profesionales que demuestran un cambio favorable de las actitudes hacia el cuidado, son aquellos que presentan intervenciones activas en el área afectiva²³. Es decir, es necesaria la implicación y trabajar la esfera emocional del personal de Enfermería para que haya una transformación en la actitud durante el cuidado del paciente terminal.

Se ha observado que, a mayor comprensión y regulación de las emociones, menor es el miedo a la muerte y al proceso de morir. Son aquellos profesionales que conocen los sentimientos y emociones que experimentan, además de poseer habilidades para controlarlos, los que presentan un mejor ajuste psicológico. Esto se traduce en una disminución del miedo a la muerte en profesionales que tratan con ella y una mayor eficacia durante el cuidado^{23, 27}.

A pesar de que se trata de un proceso difícil, no solo para el paciente que se encuentra en el final de la vida y de su familia, sino también para el profesional que está a cargo de proporcionarle una muerte digna, existen enfermeros capaces de abstraer la negatividad que envuelve este proceso y captar aquellas sensaciones o sentimientos positivos que surgen en él. Ya que, al final, *“dar cuidados al final de la vida es una experiencia que vale la pena”*²³.

3.2 Sentimientos y emociones negativas

Al tratarse de una situación tan compleja, surgen todo tipo de sentimientos y emociones. Aquellos que pueden dificultar la labor enfermera durante el cuidado en el proceso del final de la vida, son los sentimientos y emociones negativas. La muerte puede llegar a generar una gran cantidad de sentimientos negativos como dolor, tristeza, sufrimiento, miedo, impotencia, ansiedad, inseguridad o fracaso. Esto está relacionado con una formación inadecuada durante el grado y con la visión de la muerte como pérdida y no como proceso natural de la que hablábamos en apartados anteriores^{20-30, 34, 37, 41}.

En un análisis realizado a un grupo de enfermeros (n=30) que buscaba conocer los sentimientos de estos en relación con los Cuidados Paliativos²⁰, la implicación emocional provocaba sensación de frustración y tristeza en un 22.6% de los participantes. Al estar involucrados emocionalmente con el paciente y su familia, estas emociones nacían a raíz del conocimiento del mal pronóstico y de ver sufrir tanto al paciente como a su familia. Otra de las razones por las que los enfermeros sienten frustración, se trata de la imposibilidad de evitar la muerte, buscando alargar la vida lo máximo posible en los pacientes terminales²¹. Esta visión biomédica de la muerte, provoca la aparición de este sentimiento según diversos autores^{21, 23, 28, 37}.

En otras ocasiones, la tristeza también aparecía al experimentar la situación de sufrimiento que vivía el paciente y por la dificultad de lidiar con la pérdida y la muerte del mismo^{22, 25, 38}. Al igual que para un grupo de estudiantes de Enfermería²⁶, la tristeza aparecía ante la pérdida de los pacientes. Éstos no sabían cómo gestionar estas emociones ya que se habían vinculado con el paciente y su familia.

Por otro lado, este estudio realizado a 30 enfermeros a cargo de paciente terminales, mostró que el 19.4% de los participantes de la investigación sentían inseguridad y angustia por la falta de información, comunicación y consenso sobre las acciones a realizar y por las actuaciones individuales dentro del equipo interdisciplinar²⁰. La frustración profesional, puede llegar a generar también en los profesionales angustia y miedo al no conseguir que el paciente se salve²¹.

En muchas ocasiones, los profesionales de Enfermería, debido a sus vivencias durante su carrera profesional y su visión con respecto a la muerte y el proceso de morir, pueden llegar a sentir verdadero sufrimiento²¹. En algunos casos, el sufrimiento nace a raíz de la relación interpersonal del enfermero con el paciente. La intensidad de este sufrimiento depende del grado de vinculación que exista entre ambos²⁸ y se puede potenciar si los enfermeros no son capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento²¹. Según algunos enfermeros, otra de las razones que causa sufrimiento es la muerte en pacientes jóvenes, ya que se proyectan en ellos, y se pueden llegar a sentir identificados con ellos y sus familiares²⁸.

Otros autores, analizando las conductas y acciones de los enfermeros, observaron que en algunos profesionales aparece temor o miedo^{21, 23, 32}. En algunos casos, está relacionado con el encarnizamiento terapéutico o distanasia (se define distanasia como la aplicación

de técnicas injustificadas que prolongan la vida biológica del paciente sin perspectiva de cura, provocándole agonía y disminución de su calidad de vida^{21, 42}) y sus repercusiones bioéticas y legales. También se ha observado, que aparece por la omisión de información en los registros que se realizan de manera verbal²¹.

En relación al miedo, un estudio realizado a enfermeros y auxiliares de Enfermería de unidades de Cuidados Paliativos y Oncología (n=71) mostraba que el 46% del personal, tenía pensamientos y sentimientos negativos hacia la muerte, es decir, sentían miedo de ésta. Además, un 15% de todos ellos se encontraban indecisos ante esta idea¹⁹. Esto significa que, más de la mitad de los entrevistados cuyo trabajo diario es lidiar con la muerte de pacientes, tienen una visión negativa de este proceso y lo rechazan.

Si, en cambio, nos referimos a estudiantes de Enfermería, el miedo puede aparecer por la percepción de gran magnitud del caso, la inexperiencia del manejo de pacientes en fase terminal, por las dificultades para aceptar la muerte y la falta de preparación durante el grado^{24, 32}. En otros casos, los estudiantes tienen miedo a implicarse emocionalmente y que esto les afecte a su vida personal, así lo expresa el siguiente estudiante “*es muy difícil no llevarse los problemas del trabajo a casa, pero se debe intentar*”³³. Según Goncalves y su equipo³⁰, a pesar de sentir miedo al proceso del final de la vida, los estudiantes no deben desperdiciar las oportunidades de aprendizaje que se les presente durante su etapa universitaria.

El miedo provoca que la actitud del profesional sea menos favorable, siendo este miedo una variable que influye significativamente en las actitudes durante el cuidado, comprometiendo la calidad de los cuidados brindados^{23, 33}.

Observando a los profesionales de Enfermería, se puede distinguir en ellos una sensación de incomodidad a la hora de enfrentar la muerte y tener que hablar sobre ella²³. Otra de las razones por las que se identifica incomodidad en los enfermeros, está relacionada con la inversión de esfuerzos una vez se conoce la imposibilidad de curación del paciente, ya que es considerada inútil²².

Muchos de los enfermeros de las unidades de Cuidados Paliativos, expresan sentir impotencia y culpa durante el cuidado del paciente terminal. Esto, en algunos casos, es debido a la imposibilidad de establecer un tratamiento curativo, lo que significa que no existen posibilidades de supervivencia para el paciente. Es decir, estos sentimientos aparecen cuando la situación se escapa al control del personal enfermero²⁸. En general, la

impotencia y la culpa aparecen a raíz del pensamiento de los enfermeros basado en el modelo biomédico, al relacionar la pérdida del paciente con el fracaso terapéutico y el tecnicismo del cuidado que obliga a ocultar los sentimientos que surgen durante este proceso^{22, 29}.

La impotencia se trata de uno de los sentimientos más destacados durante un análisis de las experiencias de estudiantes de Enfermería a la hora de hacer frente a su primer contacto con pacientes terminales²⁶. Lo expresaban de la siguiente manera, “*me sentía incapaz, como si todo el cuidado que yo hiciera fuera en vano*”. Este sentimiento, una vez más, se encontraba vinculado a la idea de la muerte como fracaso y a la no aceptación de la muerte como parte inherente de la vida, ideas que habían sido inculcadas durante la formación académica de estos estudiantes.

Un estudio realizado a enfermeros encargados de pacientes terminales³⁴, reveló las distintas emociones que sentían estos profesionales a la hora de impartir cuidados con la preparación que habían tenido durante el grado. Sintieron abandono, relacionado con las dudas que les surgían ante su forma de actuar y a la hora de afrontar la muerte del paciente terminal. Desamparo, ya que se sentían solos y no encontraban apoyo para afrontar sus propias angustias. Llegaron a sufrir durante el cuidado, al no tener las herramientas necesarias para apoyar emocionalmente al paciente terminal y su familia. Este sufrimiento, provocado por el ocultamiento de los sentimientos y emociones, evidenció la impotencia y el poco control de las propias emociones ante la muerte y el sufrimiento por parte del personal enfermero entrevistado. Estos profesionales llegaron a sentir vulnerada su propia salud mental al sentir que debían cargar solos con todas las emociones y sentimientos que les surgían durante este proceso. Esta vulnerabilidad causaba mucho cansancio emocional que se iba acumulando, llegando a provocar en algunos de ellos depresión y estrés. Por otro lado, estos enfermeros al sentir que no podían hablar de sus emociones y pensar que debían esconderlas, ya que según ellos no se trataba de una actitud profesional, les producía mucho desgaste emocional. Por último, llegaron a sentir miedo de provocar o acelerar la muerte del paciente, lo que les generaba culpa de no poder hacer lo suficiente y de no saber qué más hacer por el paciente.

Otro estudio realizó un análisis similar a la investigación anterior a 23 enfermeros. El objetivo de éste era comprender el significado que los enfermeros daban al cuidado del paciente terminal. También en este caso, todas las emociones encontradas, a excepción de una, eran de carácter negativo. Las razones por las que aparecían todas estas emociones

se relacionaban con el vínculo de la muerte como lucha y dolor emocional. A raíz de esto, apareció el sentimiento de angustia en los entrevistados. Según los profesionales, ésta aparecía cuando existían múltiples necesidades de cuidado unidas a la agonía y a la muerte no esperada o en soledad. Otra de las emociones que surgían durante el cuidado, era rabia al sentir que el paciente no era tratado como persona digna de cuidados. Tristeza y sufrimiento, relacionados con el dolor que padecían tanto el paciente como su familia. Por último, muchos de ellos sintieron culpa ya que se sentían responsables ante el cuidado de la vida del paciente y que éste terminara muriendo³⁵.

De estos dos estudios llama la atención, en primer lugar, que, de todas las emociones expresadas por los profesionales, únicamente una de ellas era de carácter positivo. Todos se centran y exteriorizan emociones negativas relacionadas con la muerte y el proceso de morir del paciente terminal. Y, en segundo lugar, muchas de las emociones que transmitía el personal enfermero estaban relacionadas con la falta de formación o la formación inadecuada durante el grado, por lo que nos planteamos que puede que la formación pregrado no sea completa.

Todo este torrente de sentimientos, emociones y sensaciones negativas, pueden llegar a provocar agotamiento emocional en el personal de Enfermería^{23, 25, 27, 29}, pudiendo llegar a condicionar el cuidado ya que éste se puede despersonalizar²³. En definitiva, los sentimientos y emociones negativas expresadas (angustia emocional, inseguridad, frustración, impotencia, etc.) nacen a raíz del sufrimiento que padece el paciente terminal. Todas estas emociones y sentimientos, están relacionadas con un único sentimiento de negación asociado a la muerte²². Y en muchas ocasiones, estas emociones aparecen por una falta de preparación emocional y de estrategias de afrontamiento del personal de Enfermería³².

4. Mecanismos de defensa para afrontar la muerte

Ante esta gran cantidad de sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado de personas que se encuentran en el final de la vida, los profesionales de Enfermería elaboran una serie de estrategias de afrontamiento. El objetivo de estas es, en muchos casos, evitar el acercamiento al paciente y a su familia durante su cuidado. Para otros, la finalidad de estos mecanismos es brindar un cuidado de mayor calidad, ofreciendo cercanía, pero sin que las emociones del personal enfermero interfieran de manera negativa su labor.

Existen diferentes mecanismos de afrontamiento, cada uno de ellos depende de la gestión emocional con la que cuente cada enfermero. En relación a esto, se ha analizado la relación que existe entre la inteligencia emocional y la forma de acercamiento que adoptan los profesionales de Enfermería hacia el paciente terminal. Se ha percibido que, a mayor inteligencia emocional, el trabajo emocional del enfermero será más auténtico. Esto implica que el cuidado que se realice será más humano, lo que influye favorablemente en el paciente terminal²³. Al igual que la inteligencia emocional, los valores, las vivencias; pero, sobre todo, las creencias influyen directamente en la forma de afrontamiento de los enfermeros²⁶.

Un estudio clasificó los distintos tipos de afrontamiento y los agrupó en diferentes grupos dependiendo de las conductas adoptadas por cada enfermero. En primer lugar, se encontraron con enfermeros que entendían la muerte como un proceso natural normal. Por otro lado, estaban aquellos profesionales que entendían la muerte de forma dicotómica, es decir, como un orden y desorden que produce tristeza, malestar, dolor y sufrimiento. Otros profesionales se amparaban en la religión, entendiendo la muerte como un pasaje más allá de la vida. Y por último, había un grupo de enfermeros que se escondían de la muerte con actitudes de frialdad, omnipotencia, negación y derrota profesional²⁹.

Como técnica de afrontamiento, se ha observado que la expresión de experiencias profesionales relacionadas con la muerte y el proceso de morir con otros compañeros ha mejorado la exteriorización de sentimientos por parte de los enfermeros^{20, 21, 35}. Esto produce en los enfermeros una disminución del sufrimiento y un mayor control de las emociones, garantizando una mejor asistencia para el paciente terminal y su familia²⁰. La creación de un espacio de ayuda y reflexión, fomenta el contacto con los sentimientos y, sobre todo, trabajar para mejorarlos. Algunas de las actividades que favorecen la exteriorización de sentimientos son ruedas de conversación, asesoramiento personal e intercambios de experiencias. Así mismo, se evita que los profesionales se amparen de mecanismos de defensa que favorezcan el alejamiento físico y emocional con el paciente^{21, 22, 28, 30, 31, 35, 40}.

En otros casos, el respaldo espiritual resulta una estrategia útil para el personal enfermero. Para ellos, la muerte se identifica con el fin del sufrimiento y el principio del descanso eterno, por lo que no lo relacionan con pensamientos negativos. Gracias a la influencia religiosa, el profesional se encuentra cómodo a la hora de proporcionar cuidados durante

esta etapa y posee las herramientas necesarias para reconformar al paciente y la familia de éste²¹.

Hay profesionales que, en cambio, trabajan la resiliencia. Ésta se define como “la capacidad de adaptación frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”. Estos enfermeros son capaces de no negar las dificultades y el sufrimiento que aparece día a día durante el cuidado, sino que trabajan con ello para promover su propia salud y así “trabajar con la mirada hacia la vida”. Esto les proporciona la noción de que la muerte se trata de un proceso natural y por ello, valorizan la dignidad del paciente antes y después de su fallecimiento. Esta resistencia que crean hacia el dolor y el sufrimiento, junto con evitar la negación y reconocer las limitaciones individuales, favorece la madurez personal y espiritual, y el crecimiento personal de estos enfermeros²¹.

Existen otras estrategias a la hora de afrontar la muerte y el proceso de la misma que se caracterizan por la frialdad y la falta de sensibilidad durante el trato del paciente terminal. La negación y la asistencia exclusivamente técnica son dos de ellos²¹. Estos mecanismos dificultan la madurez personal y profesional del personal enfermero, además de que su objetivo se encuentra en prolongar el proceso de morir del paciente. Estos profesionales al querer evitar que el paciente sufra, están favoreciendo la aparición del efecto contrario, ya que de esta manera se fomenta el encarnizamiento terapéutico.

Las conductas de evitación y de escape se tratan de otro mecanismo de afrontamiento utilizado por los profesionales de Enfermería^{23, 25}. Estas conductas dificultan el cuidado cercano al paciente durante la etapa final de la vida²³. Lo más alarmante es que este tipo de actitudes son adoptadas por estudiantes de Enfermería que refieren que los Cuidados Paliativos son angustiantes y agotadores y que, por esta razón, prefieren evitar el contacto con este tipo de pacientes²⁵.

Relacionado con estas conductas, aparece el distanciamiento. Este tipo de afrontamiento favorece la aparición de conflictos relacionados con la finitud de la vida, además de que debilitan la relación del enfermero con el paciente al alejar el cuidado humano y sensible y evitar el apego^{26, 35}. Este alejamiento, impide la aparición de la empatía, limitando la expresión emocional del enfermero. Estos profesionales se muestran emocionalmente fríos, y en ellos, a la larga, se banaliza la muerte³⁸.

En cambio, hay enfermeros que optan por mantener una actitud de neutralidad durante el cuidado²³. Se ha observado que, a pesar de que no existe gran implicación emocional con

el paciente, estos profesionales presentan mejores actitudes hacia el cuidado que aquellos que tratan de alejarse del moribundo.

El trabajo emocional fingido se trata de otro mecanismo de defensa que puede llegar a ser adoptado por el personal enfermero. Éste influye negativamente, al fomentar la aparición de actitudes poco favorables hacia el cuidado como la falta de autenticidad. Estos enfermeros no se encuentran a gusto con su trabajo y las interacciones durante su periodo laboral les provocan emociones negativas como miedo o evasión. Este tipo de afrontamiento puede provocar a largo plazo, agotamiento emocional y la despersonalización del cuidado²³.

Todos estos mecanismos que alejan al profesional del paciente, se generan por la obligación que sienten los enfermeros de cumplir con los cánones de profesionalidad que se les ha inculcado desde el modelo biomédico y por el rechazo a la idea de la muerte. Es en este momento, donde aparecen actitudes negativas como el control excesivo de sentimientos, la no vinculación emocional con el paciente, la evitación y el escape, la negación, etc.^{25, 29, 34, 37}.

Se ha observado que existen factores que favorecen el desarrollo de estrategias positivas para afrontar los sentimientos y emociones que surgen durante el proceso de morir y la propia muerte. Uno de ellos, es la experiencia y madurez profesional^{20, 23}. Los profesionales que cuentan con ella, adquieren durante los años, actitudes y creencias favorables hacia el cuidado al final de la vida²³. Pero hay que tener en cuenta que en algunas ocasiones, esta experiencia proporciona herramientas con las que los profesionales se llegan a acostumbrar a la muerte, pudiendo insensibilizar el cuidado³⁵. Al igual que la experiencia profesional, la formación pos-grado se trata de otro factor que favorece, en este caso, la predisposición de los enfermeros de mejorar las actitudes hacia a la muerte y el morir frente aquellos que no tienen esta formación²³.

Un estudio analizó el nivel de competencia de afrontamiento ante la muerte de 71 enfermeros y auxiliares de Enfermería mediante la Escala Bugen. El resultado medio fue de 126 puntos (± 26.87) sobre 210. Esto significa que el resultado se encuentra aproximadamente en el percentil 50, por lo que los profesionales piensan que su nivel de afrontamiento es bueno. De este estudio se destaca que, el 37% de los encuestados creen que su afrontamiento es deficiente (por debajo del percentil 33), el 34% piensa que su

afrontamiento es bueno (por encima del percentil 66) y el 26% restante se posicionan en un nivel medio-neutro³⁶.

Por tanto, es necesario que el personal de Enfermería sea capaz de adoptar estrategias de afrontamiento adecuadas para evitar alteraciones a nivel emocional como pueden ser el estrés, la ansiedad y el miedo. Para ello, sería conveniente la implementación de programas para adoptar y fomentar estrategias de afrontamiento eficaces que favorezcan el empoderamiento psicológico del enfermero^{32, 36}.

5. Formación pre-grado

El rol de enfermero que cuida de una persona durante la etapa final de la vida requiere de conocimientos, competencias, actitudes y habilidades emocionales especiales que deben ser inculcadas durante el grado de Enfermería^{23, 27}. En una de las investigaciones halladas, el autor se realiza la siguiente pregunta *“¿en qué medida se prepara a la enfermera durante el grado para enfrentarse a los sentimientos que le surgirán en el trabajo profesional?”*²⁰. Esta pregunta puede surgir al observar la gran cantidad de sensaciones que aparecen a raíz del cuidado de una persona al final de la vida. Estas sensaciones deberían ser gestionadas eficazmente por el profesional, gracias a la educación recibida durante el grado de Enfermería, pero, en muchas ocasiones, debido al enfoque biomédico o mecánico durante la formación pre-grado unido a la escasa o, incluso, inexistente formación en Cuidados Paliativos, no es así.

Estas dificultades y necesidades emocionales, pueden aparecer como consecuencia de una formación académica curativa^{20, 21, 25, 29, 31}. Se ha podido observar que, durante la formación académica, los profesionales de Enfermería son enseñados a buscar la cura del paciente a toda costa, provocando muchos efectos negativos en él cuando no se logra, como se puede apreciar en apartados anteriores.

Las dificultades que encuentra el personal de Enfermería durante su ejercicio profesional podrían haber sido evitadas o disminuidas con una mejor formación profesional. Se ha advertido la falta de oportunidades durante el grado para la adquisición de habilidades necesarias, la falta de acceso a los conocimientos, la falta de discusiones sobre el tema de la muerte, la falta de preparación para aceptar la muerte, la falta de espacios para exponer los sentimientos como el miedo, la angustia o la inseguridad, etc.^{21, 34}. La formación, por tanto, lejos de dificultar el aprendizaje de los futuros profesionales, debe favorecer el desarrollo de aptitudes para abordar los problemas durante esta etapa del cuidado³¹.

Según Lopera-Betancur³⁴, la educación para la muerte tiene dos características que apoyan el cuidado, formación y preparación. La formación dota al estudiante de conocimientos y habilidades técnicas y reflexivas para cuidar al paciente. Este conocimiento proporciona habilidades relacionadas con la comunicación y permite al estudiante ser capaz de liderar procesos en beneficio del paciente. Por otro lado, la preparación ayuda a comprender la muerte como parte inherente de todos los seres vivos y no como una lucha. Mediante la preparación, por tanto, se toma consciencia de la muerte, promoviendo que el profesional se encuentre cómodo a la hora de instaurar los cuidados en el paciente que va a fallecer. Según este estudio, la formación es insuficiente e incompleta, en cambio, la preparación se encuentra ausente. Lo ideal sería poder equilibrar la formación y la preparación durante la educación sobre la muerte.

Diversos autores opinan que es necesaria la preparación del enfermero para que éste sea capaz de proporcionar cuidados al paciente que se encuentra en el final de la vida, sin estar condicionado por la esfera emocional^{20, 21}. Ya que, en general, se puede percibir que los profesionales de Enfermería no se encuentran preparados y no son capaces de hacer frente a los procesos que acontecen durante el final de la vida^{19, 20, 22, 23, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 41}. Esto se puede ver muy bien reflejado en un estudio realizado a 62 enfermeros²⁷. Su objetivo era interpretar las razones que expresaba el profesional de Enfermería para trabajar con pacientes terminales. Este estudio mostró que el 73.9% de los participantes no recibieron la capacitación para trabajar en Cuidados Paliativos. Además de que, únicamente aquellos profesionales que habían trabajado sus capacidades y competencias en Cuidados Paliativos, no mostraban temor a la hora de involucrarse emocionalmente en el cuidado.

Esta preparación debe comenzar durante la etapa académica del enfermero, cuando se están estableciendo en él las bases para convertirse en un profesional capaz de proporcionar cuidados de calidad. A pesar de que se conozca esta necesidad, durante el grado el tema de la muerte es poco abordado y de escaso contenido^{20, 22, 23, 26, 27, 38}. Esto se puede deber a diferentes razones, como la inseguridad en la interpretación del tema de la muerte, querer evitar el contacto con el dolor y sufrimiento, etc.²⁰. Esta escasa enseñanza sobre el tema de la muerte, provoca que los profesionales de Enfermería trabajen sin tener preparación para abordar las reacciones emocionales que surgen a raíz del cuidado del paciente terminal y su familia²⁷.

Pero no es solo necesario un cuerpo de conocimientos sobre Cuidados Paliativos, sino que además se necesita trabajar el cambio en el concepto de Cuidados Paliativos y en las actitudes, capacidades y competencias del cuidado, para que el futuro profesional sea capaz de trabajar en situaciones emocionalmente difíciles. El trabajo de las actitudes y emociones del enfermero debe estar enfocado a explorar y entender la postura de éste hacia la muerte, a superar los temores y ansiedades que la muerte provoca, a mejorar la capacidad de comunicación con el paciente y la familia y, por último, a mejorar las estrategias de afrontamiento emocional respecto a la muerte^{23, 26, 38}.

También se debería favorecer el autoconocimiento de la percepción sobre la muerte y las emociones en los estudiantes^{27 25, 30}. De esta manera, al permitir la reflexión sobre la finitud humana y el reconocimiento de la propia fragilidad, los estudiantes son capaces de posicionarse con respecto a este tema y conocer sus propias opiniones acerca de ello, en lugar de abandonar y obviar el tema. Para conseguirlo, se deben de facilitar espacios de apoyo para el alumno que le orienten y que le permitan reflexionar, dialogar y debatir consigo mismo, con otros compañeros y con profesores y profesionales enfermeros^{19, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 35}.

Para conseguir todas competencias, conocimientos y habilidades, existen autores que recomiendan un tiempo mínimo necesario y una continuidad durante la educación pregrado, para poder generar y conservar los efectos positivos sobre la actitud de los estudiantes hacia los Cuidados Paliativos, además de generar un cuerpo de conocimientos mucho más amplio^{23, 37, 38}.

Según estudiantes de Enfermería³⁸, es necesario, además de un abordaje teórico sobre Cuidados Paliativos, una formación práctica mediante rotarios que les acerque al tema de la muerte durante todo el pre-grado. Este aprendizaje práctico, a pesar de que pueda resultar una experiencia dura, genera un gran cuerpo de conocimientos prácticos más profundos que permiten el desarrollo de habilidades para trabajar con pacientes terminales, completando de esta manera la formación teórica. Se trata de un aprendizaje que permite al estudiante crear mecanismos propios, para poder llegar a sentirse cómodo tratando el tema de la muerte. También, gracias a este tipo de aprendizaje, los estudiantes pierden la inhibición y el miedo y aprenden a escuchar, guiar, enseñar y, sobre todo, a apoyar al paciente y la familia. En definitiva, se aprende a humanizar el cuidado, alejándolo de esa visión biomédica inculcada en las aulas.

No es únicamente la formación en estos cuidados necesaria para la gestión de las demandas emocionales, sino que también puede ser necesaria para aprender a tomar decisiones, a comunicarse con el paciente, la familia y el equipo o conocer qué cuidados se adaptan mejor a cada paciente e implementarlos^{20, 21, 23, 31}. En algunas ocasiones, esta falta de formación provoca que el profesional de Enfermería adopte mecanismos de defensa negativos como evitar hablar con el paciente, distanciarse de él o que realice promesas de recuperación que no son verdaderas, simplemente porque no cuenta con las herramientas necesarias para establecer una comunicación y relación efectiva con el paciente. Estas acciones, que se realizan de manera inofensiva, pueden llegar a comprometer la calidad de vida del paciente^{23, 31, 38}.

En cambio, aquellos enfermeros que han cursado materias relacionadas con los Cuidados Paliativos durante su formación académica, reconocen que han cambiado su forma de pensar a cerca del cuidado al final de la vida y han tomado conciencia de la necesidad de considerar los aspectos psicosociales y espirituales del paciente³¹. En estudiantes de Enfermería que tuvieron acceso a una formación en Cuidados Paliativos, también se observó un cambio en la percepción antes y después de acceder a ella. Antes de la formación en Cuidados Paliativos, estos estudiantes entendían que se debían implementar una vez el tratamiento curativo fallaba y la supervivencia del paciente estaba comprometida. Después de esta preparación, comprendieron que se puede ofrecer mucho al paciente terminal a pesar de que el tratamiento haya pasado a ser paliativo³⁸.

Así mismo, al facilitar la formación en cuestiones relacionadas con la muerte y el proceso de morir, se está favoreciendo la reducción del sufrimiento al intervenir de manera holística al paciente y sus familiares²¹. Pero, la preparación actual no refleja la adquisición de las competencias y actitudes necesarias, sobre todo en la esfera emocional, para ofrecer un cuidado holístico al paciente²³.

Se ha analizado que la escasa formación no solo afecta al enfermero como individuo, sino que también puede llegar a afectar al resto del equipo multidisciplinar. Al trabajar de forma individual y no de manera grupal como un equipo, se pueden tomar medidas que, a la larga, afecten negativamente al paciente, al no ser discutidas en consenso²⁰.

Por lo tanto, la Enfermería debe expresar el respeto por la vida del paciente, el respeto a los valores y creencias de éstos, preservando siempre su dignidad y actuando éticamente y con empatía. Los pacientes desean que los profesionales sean capaces de contar con la

capacidad técnica y con el aspecto humano de las relaciones, de esta manera proporcionan mayor confianza y cooperación al propio paciente y sus familiares. Es decir, se debe enseñar la Enfermería como la unión del saber y el hacer. Por ello es necesario una reforma en la educación de la Enfermería, favoreciendo y priorizando la formación en Cuidados Paliativos que amplíe los conocimientos, el apoyo para asistir psicológicamente al paciente y su familia y el trabajo en equipo^{20, 36}.

Limitaciones

A la hora de encontrar artículos, la mayoría de ellos han sido escritos y publicados en Brasil, y otros pocos en países de habla hispana como España, Colombia y México, por lo que sería necesario seguir investigando para averiguar si los resultados obtenidos son extrapolables a otros países desarrollados en los que apliquen Cuidados Paliativos en sus hospitales.

6. Conclusiones

Los Cuidados Paliativos deben alcanzar el objetivo de proporcionar una muerte digna a la persona que va a fallecer sin que la labor enfermera entorpezca esta misión, aliviando los síntomas físicos, psicológicos y espirituales que perturben al paciente y sirviendo de apoyo a la familia durante todo este proceso.

El personal enfermero durante su ejercicio profesional se va a encontrar con determinados obstáculos que pueden llegar a dificultar el aporte de unos cuidados de calidad al paciente terminal. La concepción de la muerte, como fracaso profesional o lucha, inculcada por el modelo biomédico durante la formación profesional del enfermero, provoca en él una serie de sentimientos de carácter negativo al no conseguir salvar la vida del paciente.

La formación de cualquier profesional de la Salud debería estar enfocada a la humanización de los cuidados y la visión holística de la persona, siendo capaces de visualizar al ser humano y no a la enfermedad. Se debería enfatizar este carácter humano de los cuidados en los estudiantes y profesionales enfermeros, ya que son ellos los que permanecen más horas junto al paciente.

Los sentimientos y emociones positivas como la tranquilidad, se asocian al cuidado humano. Aparecen cuando el enfermero siente que ha realizado bien su trabajo, cuando ha conseguido proporcionar confort y alivio de los síntomas angustiantes al enfermo terminal. En cambio, los sentimientos negativos como el miedo, culpa o frustración, se manifiestan debido a una intolerancia al concepto de finitud del ser humano. Los profesionales en los que predominan las emociones negativas, carecen de estrategias de afrontamiento eficaces ante la muerte y el sufrimiento. Son incapaces de implicarse emocionalmente con el paciente y su familia sin que esta implicación repercuta de manera negativa en su trabajo e incluso en su vida personal.

Actualmente, la literatura sobre el tema no es lo suficientemente amplia como para afirmar rotundamente que la enseñanza enfocada a la humanización mejora la gestión emocional de los estudiantes y del personal de Enfermería a cargo del paciente terminal, por ello es necesario seguir investigando sobre el tema.

El profesional enfermero no debería sentirse incómodo con los sentimientos que le surjan a raíz del cuidado, debe aceptarlos y trabajarlos. De esta manera, llegará a mejorar la calidad de cuidados proporcionados al paciente durante el final de la vida.

7. Agradecimientos

Debo de dar las gracias, en primer lugar, a mi tutora de este trabajo de fin de grado, Dña. Matilde Tenorio Matanzo, por prestarme su ayuda en todo momento y ser tan paciente conmigo. Gracias Matilde, me has involucrado totalmente con este trabajo y me has regalado las ganas de seguir investigando sobre ello.

Agradecer a mi familia el apoyo y la ayuda que me han prestado durante estos meses, sobre todo, a mi madre y mi hermana.

Y por último, quería agradecer a las personas que han estado a mi lado durante estos cuatro años Laura, Susana, Inés y Marina. A vosotras, gracias de corazón por apoyarme incondicionalmente y haberme tendido una mano en los momentos de flaqueza.

8. Bibliografía

1. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de los Cuidados Paliativos. [Internet]. 2014 [citado 25 enero 2018]. Disponible en: <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
2. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. [Internet]. Jun, 2005 [citado 25 enero 2018]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/plan_paliativos.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Esperanza de vida [Internet]. Descriptores en Ciencias de la Salud. Biblioteca virtual en salud. [Citado 25 de enero 2018]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
4. World Health Organization. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals. [Internet] 2016 [citado 25 enero 2018]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf
5. Oriol I. Informe de la situación actual en cuidados paliativos [Internet]. 2014. [citado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957>
6. Pessini L., Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioeth. [Internet]. 2006; 12(2): 231-242. [Citado 25 enero 2018] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012&lng=es . <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>.
7. Librada Flores S., Herrera Molina E., Pastrana Uruena T. Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en Cuidados Paliativos. Fundación Caser [Internet]. 2015 [citado 29 enero 2018]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/atencionintegradaycp.pdf>

8. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization. 2014. [citado 16 febrero 2018] Disponible en: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
9. Artículo 18. Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. 2018 [citado 16 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
10. Vidal M. A., Torres L. M. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006 Abr; 13(3): 143-144. [Citado 29 enero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001&lng=es.
11. Loncán P., Gisbert A., Fernández C., Valentín R., Teixidó A., Vidaurreta R. et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007; 30(Suppl 3):113-128. [Citado 29 enero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272007000600009&lng=es.
12. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº222 (16-09-2006)
13. Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Ley 4/2017 de 9 de marzo. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 69 (22-03-2017)
14. Organización Colegial de Enfermería. Cuidados al final de la vida. [Internet]. Madrid; 2014. [Citado 06 de marzo 2018]. [Aprox. 6 p] Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-deprensa/noticias/item/5705-cuidados-para-el-final-de-la-vida#.VWinNc-fSkr>
15. Valles Martínez P, García Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. Medicina Paliativa. 2013; 20(3):111-114.

16. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. [Internet]. 2014. [Citado 06 de marzo 2018]. Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidado_spaliativos.pdf
17. Hernández González, Y. Formación enfermera en cuidados al final de la vida en España: una revisión. Universidad de La Laguna. Facultad de Ciencias de la Salud, sección de Enfermería y Fisioterapia. 2015
18. Sarmiento-Medina M. I. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. Revista Salud Bosque [Internet]. 2011 Dic; 1(2): 23-27. [Citado 11 febrero 2018] Disponible en: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero2/cuidado_revista_salud_bosque_vol1_num2.pdf
19. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. Nure Inv. 2016; 13(82).
20. Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(6):1012-9. [Citado 13 de marzo de 2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>
21. Bastos, R.A., Lamb, F.A., Quintana, A.M., Beck, C.L.C., Carnevale, F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2017; (17), 58-64. [Citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>
22. Costa DT, García LF, Goldim JR. Death and dying from the perspective of multiprofessional residents in a teaching hospital. Revista bioética. 2017; 25(3):544-553.
23. Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. [Internet] 2016; 16 (4): 430-446. [Citado 13 de marzo de 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400430&lng=en

24. Germano KS, Meneguín S. Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(6):522-528.
25. Tamaki CM, Meneguín S, Alencar RA, Luppi CHB. Care to terminal patients. Perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(3): 414-420.
26. Silva RS, Oliveira CCSG, Pereira A, Amaral, JB. O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* [Internet] 2015; 16 (3): 415-424. [Citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041234015>.
27. Contreras Contreras S, Sanhueza Alvarado O. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Ciencia y enfermería.* 2016; 22(1):47-63.
28. Cardoso DH, da Costa Viegas A, Pozza dos Santos B, Muniz RM, Schwartz E, Thofehrn MB. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *Avances en Enfermería.* 2013; 31(2):83-91.
29. Vicensi MC. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. *Revista bioética.* 2016; 24 (1): 64-72.
30. Goncalves LHT, Polaro SHI, Feitosa ES, Rodrigues ARS, Monteiro HK. Ensinar enfermagem sobre cuidados de pessoas ao fim da vida – relato de experiência. *Revista de Enfermagem.* 2013; 7(10): 6047-605.
31. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. Educational process in palliative care and the overhaul of thinking. *Invest. Educ. Enferm.* [Internet] 2017; 35(1): 17-25. [Citado 13 de marzo de 2018] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a03>
32. Ignorosa-Nava CA., González-Juárez L. Palliative care for a dignified death: A case study. *Enferm. Univ.* [Internet]. 2014 Sep; 11(3):110-116. [Citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300006&lng=es.

33. Hanzeliková Pogrányivá, AH, García López MV, Conty Serrano MR, López Davila Sánchez, B, Barriga Martín JM, Martín Conty JL. Nursing Student's Reflections on the death process. *Enfermería Global*. 2014; 33.
34. Lopera-Betancur MA. Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo. *Enferm. Univ.* [Internet]. 2015 Jun; 12(2):73-79. [Citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000200073&lng=es.
35. Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*. 2017; 17(3): 284-291.
36. Piedrafita-Susína AB, Yoldi-Arzo E, Sánchez-Fernández M, Zuazua-Ros E, Vázquez-Calatayud M. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2015; 26(4):153-165.
37. Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid.* [Internet] 2016; 7(1): 1210-8. [Citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>
38. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 Dic; 20(59): 1041-1052. [Citado 13 de marzo de 2018] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=en
39. Morales-Martín AM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Knowledge of the Andalusian legislation on dignified death and perception on the formation in attention to terminally ill patients of health sciences students at Universidad de Granada, Spain. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2): 215-223.
40. Xavier S, Nunes L, Lima Basto M. Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar Enfermagem*. 2014; 18(2).
41. Gómez Cantorna C, Puga Martínez A, Clemente Díaz M, Mayán Santos JM, Gandoy Crego M. Factores de personalidad en el personal de enfermería de unidades de

cuidados paliativos. Gerokomos [Internet]. 2012 Sep; 23(3):110-113. [Citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300003&lng=es.

42. Bustamante CG. Distanasia, encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica. Revista de Actualización Clínica. [Internet] 2013; 32:1644. [Citado 30 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000500009&lng=es.

9. Anexos

Anexo I. Información sobre los documentos seleccionados

Título del documento	Autores	Lugar y año	Tipo de estudio	Objetivos	Muestra	Método	Principales hallazgos
Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de Paliativos y Oncología	Marchán Espinosa S.	España 2016	Observacional, descriptivo transversal	Evaluar el nivel de afrontamiento del personal de Enfermería ante la muerte en unidades de Cuidados Paliativos y Oncología.	71 profesionales de Enfermería y auxiliares de enfermería de las Unidades de Cuidados Paliativos y Oncología	Cuestionarios: cuestionario sociodemográfico, laboral y profesional; escala Bugen de afrontamiento a la muerte y perfil revisado de actitudes hacia la muerte	La percepción de la muerte para cada persona depende de los modelos socioculturales, de los valores personales y del momento histórico en el que se encuentre. Las actitudes hacia la muerte condicionan la manera de afrontar la muerte. No se cuenta con una preparación pre-grado eficaz para manejar las emociones y sensaciones que derivan del contacto con la muerte.
Palliative Care and the Intensive Care nurses: feelings that endure	Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS	Santa Catalina (Brasil) 2016	Descriptivo transversal	Conocer los sentimientos de los enfermeros en relación con los Cuidados Paliativos.	30 profesionales de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual	Los sentimientos pueden interferir en el trabajo enfermero. Es inevitable la implicación emocional durante el cuidado al paciente terminal. Durante el ejercicio profesional en CP puede aparecer angustia, frustración, impotencia o inseguridad. Pero también pueden aparecer sentimientos de tranquilidad y satisfacción.
Vivências dos enfermeiros frente ao processo de	Bastos R, Lamb F, Quintana A,	Brasil 2017	Revisión sistemática y metaanálisis	Visibilizar los soportes y demandas laborales y personales del	23 artículos	Búsqueda bibliográfica en bases de datos anexas a la	Existen factores que facilitan y dificultan el trabajo enfermero durante los CP. Al enfermero le resulta difícil lidiar con los sentimientos que surgen a raíz del cuidado.

morrer: uma metassíntese qualitativa	Beck C, Carnevale F.			enfermero al cuidado de un enfermo terminal.		Biblioteca Virtual da Saúde	Los enfermeros necesitan espacios de ayuda para poder gestionar eficazmente los pensamientos y emociones que les surge durante el cuidado del paciente terminal.
Death and dying from the perspective of multiprofessional residents in a teaching hospital	Costa DT, García LF, Goldim JR.	Brasil 2017	Descriptivo transversal	Describir la percepción de residentes en formación del Programa Residencia Integrada Multiprofesional en Salud sobre el proceso de morir y muerte.	10 residentes de las siguientes áreas: 1 de Adulto Crítico, 1 de Atención Cardiovascular, 3 de Oncología y 5 de Salud del Niño.	Entrevista semiestructurada individual.	Existe una falta de preparación para lidiar con la muerte por parte de los residentes. El concepto de la muerte está relacionado con la tristeza, la pérdida y la finitud; dependiendo de las creencias de cada persona. Enfrentar el proceso de la muerte sin una preparación adecuada supone un factor de estrés y provoca sufrimiento al profesional. Es necesario un espacio para poder dialogar y reflexionar sobre los propios miedos y poder compartir las experiencias.
Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida	Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O.	Chile 2016	Descriptivo transversal	Evaluar la actitud hacia el cuidado al final de la vida por parte de los profesionales de Enfermería.	308 profesionales de Enfermería	Cuestionarios: Escala FATCOD, escala de inteligencia emocional (TMMS-24), escala de actitudes hacia la muerte (PAM-R) y	Las actitudes favorables hacia el cuidado terminal están relacionadas con características personales y profesionales. Se encuentran influenciadas, principalmente, por el concepto de la muerte y por el grado de implicación emocional que tengan hacia el paciente. Existen mecanismos de defensa para evitar involucrarse emocionalmente, con el objetivo de eludir el sufrimiento.

						escala de trabajo emocional (ERTE)	
Meanings attributed to Palliative Care by nursing undergraduates	Germano KS, Meneguín S	Brasil 2013	Descriptivo exploratorio de enfoque	Revelar el significado dado por estudiantes del 4° curso de pre-grado de Enfermería en la experiencia de Cuidados Paliativos.	33 estudiantes de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual	Se enseña a cuidar la vida y no la muerte. Las dificultades para aceptar la muerte, la falta de preparación y la inexperiencia provocan impotencia y frustración. La muerte es un proceso y no el fin.
Care to terminal patients. Perception of nurses from Intensive Care Unit of a hospital	Tamaki CM, Meneguín S, Alencar RA, Luppi CHB	Brasil (2014)	Descriptivo transversal	Identificar la percepción de profesionales de enfermería sobre el cuidado de hospicio y describir la importancia que atribuyen a la comunicación interpersonal.	18 profesionales de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual	La muerte y el proceso del final de la vida provocan dilemas éticos en el personal enfermero. Cada enfermero experimenta de forma distinta el proceso de la muerte ya que se trata de una etapa impregnada de significados propios. Es necesario cambiar el paradigma de afrontamiento a la muerte durante la formación pre-grado.
O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem	Silva RS, Oliveira CCSG, Pereira A, Amaral JB.	Brasil 2015	Exploratorio o descriptivo	Conocer las experiencias de graduandos de Enfermería frente al cuidado a la persona en proceso del final de la vida	10 estudiantes de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual	La muerte provoca sentimientos de impotencia y culpa debido a la asociación de ésta con el fracaso profesional. En el afrontamiento a la muerte influyen las creencias, valores y vivencias de los profesionales enfermeros.

							<p>La impotencia es uno de los sentimientos más destacados por los estudiantes de Enfermería al cuidado del paciente terminal.</p> <p>Existe falta de preparación personal y una deficiente formación teórica y práctica para manejar el proceso del final de la vida.</p>
Los pacientes del programa alivio del dolor y Cuidados Paliativos: razones y significados para enfermeras/os	Contreras Contreras SE, Sanhueza Alvarado OI	Chillán (Chile) 2016	Exploratorio o transversal	Interpretar razones y significados que expresa el profesional de Enfermería para trabajar con pacientes terminales.	62 profesionales de Enfermería	Cuestionario y escalas propias generadas a partir de las respuestas del cuestionario.	<p>Es necesario abordar el tema de la muerte durante la formación académica, para lograr afrontar el proceso de morir de manera eficaz.</p> <p>Se debe fomentar un cambio de actitud con respecto a los CP, desde lo curativo hacia el cuidado paliativo. El profesional de Enfermería debe reflexionar sobre sus creencias y miedos hacia la muerte, para su propio autoconocimiento sobre estas cuestiones existenciales.</p>
O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar	Cardoso DH, Da Costa Viegas A, Pozza do Santos B, Muniz RM, Schwarts E, Thofehrn MB	Brasil 2013	Descriptivo exploratorio	Conocer las dificultades de un equipo multiprofesional en la asistencia a pacientes terminales.	6 profesionales: una enfermera, un nutricionista, una psicóloga, un trabajador social, un fisioterapeuta y una doctora.	Entrevista semiestructurada individual	<p>La aplicación de técnicas, sin implicación emocional, produce desgaste en los profesionales enfermeros.</p> <p>Son necesarios espacios para poder discutir y reflexionar sobre el trabajo, compartiendo experiencias con los compañeros enfermeros.</p> <p>Se deben desarrollar programas para ayudar a los profesionales a superar las dificultades, evitando así el desgaste psicológico.</p>

Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in Intensive Care	Vicensi MC.	Brasil 2016	Revisión bibliográfica	Realizar un análisis reflexivo con preocupaciones bioéticas sobre la muerte y el proceso de morir desde la perspectiva del profesional de cuidados intensivos	-	Búsqueda Bibliográfica	Los profesionales de la Salud no eliminan los sentimientos, percepciones o creencias sobre la muerte y el proceso de morir, deben trabajarlos para poder lidiar con ellos. Existen variables que dificultan el proceso de morir para el profesional, como la edad, características del paciente o frustración por no conseguir revertir el cuadro. La preparación para trabajar la muerte y el proceso de morir ha sido ignorada.
Ensinar enfermagem sobre cuidados de pessoas ao fim da vida – relato de experiência	Goncalves LHT, Polaro SHI, Feitosa ES, et al.	Brasil 2013	Descriptivo transversal	Evaluar las estrategias de enseñanza-aprendizaje del alumnado de Enfermería en relación al proceso de morir.	108 estudiantes de Enfermería	Cuestionario: Escala del miedo hacia la muerte de Collete-Lester	Cuidar de otro implica cuidarse así mismo. Para ello, es necesario el autoconocimiento y habilidades para alejar el sufrimiento psíquico. Es necesario trabajar el miedo a la muerte, compartiendo experiencias y ejerciendo el autoconocimiento.
Educational process in Palliative Care and the thought reform	Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC.	Brasil 2017	Descriptivo transversal	Conocer las contribuciones del proceso educativo en Cuidados Paliativos de curso pre-grado en enfermeras al cuidado de pacientes terminales.	13 sujetos: 7 enfermeras de Cuidados Paliativos y 6 enfermeras aprendiendo los Cuidados Paliativos	Entrevista semiestructurada individual	La muerte significa derrota profesional como consecuencia del modelo biomédico que busca la curación del paciente. El objetivo de los CP es promover el confort y dignificar la muerte del paciente cuando ya no existe posibilidad de curación. La enseñanza actual se encuentra enfocada al paradigma biomédico.

Cuidados Paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso.	Ignorosa-Nava CA, González-Suárez L.	México 2014	Observación transversal	Conocer la experiencia de un estudiante de Enfermería durante la implementación de un plan de cuidados integral a un paciente terminal.	1 estudiante de Enfermería	Observación directa.	La falta de preparación durante el grado, puede provocar alteraciones a nivel emocional. Es necesario que los estudiantes desarrollen estrategias de afrontamiento hacia la muerte para mejorar el control de las emociones.
Nursing Student's reflections on the death process	Hanzelíková Pogrányivá AH, García López MV, ContySerrano MR, López-Dávila Sánchez B, Barriga Martín JM, Martín Conty JL.	España 2014	Fenomenológico	Analizar las aportaciones de los alumnos de 3ª de Enfermería en la asignatura de Cuidados Paliativos.	41 estudiantes de Enfermería	Trabajo reflexivo	La actitud y el miedo a la muerte pueden llegar a condicionar la calidad de los cuidados prestados a pacientes terminales. La percepción de los estudiantes de Enfermería hacia la muerte es negativa, interpretándola como no natural. Son necesarios programas para fomentar estrategias de afrontamiento eficaces hacia la muerte.
Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo	Lopera-Betancur MA	Medellín (Colombia) 2015	Descriptivo observacional	Comprender el significado que las enfermeras atribuyen a la educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer.	23 profesionales de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual y observación del participante (100 horas)	La educación de los profesionales se encuentra reducida a la formación en habilidades, sin tener en cuenta las implicaciones emocionales de los enfermeros. La escasa formación en CP recibida provoca durante el cuidado del paciente terminal, una serie de sentimientos negativos.

Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y el desempeño profesional	Lopera-Betancur MA	Colombia 2017	Descriptivo observacional	Comprender el significado que las enfermeras le dan al cuidado del paciente en proceso de morir.	23 profesionales de Enfermería	Entrevista semiestructurada individual y observación (100 horas)	El enfermero convive con el ámbito profesional y el ámbito personal. Durante el proceso de la muerte existe una lucha entre ambos ámbitos por la exteriorización o no de las emociones. Las emociones encontradas durante el proceso del fin de la vida son angustia, rabia, tristeza, sufrimiento, tranquilidad y culpa.
Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre Cuidados Paliativos en UCI	Piedrafita-Susín AB, Yoldi-Arzo E, Sánchez-Fernández M, Zuazua-Ros E, Vázquez-Calatayud M.	España 2015	Revisión bibliográfica	Conocer las percepciones, experiencias y conocimientos de los enfermeros de UCI en el cuidado al paciente terminal	27 artículos: 1 revisión de la literatura, 16 estudios cualitativos y 10 investigaciones cualitativas.	Búsqueda bibliográfica en 3 bases de datos: PubMed, Cinahl y PsycINFO	La muerte se percibe como un fracaso técnico y no como un proceso natural. La muerte provoca un conflicto interno, entre la satisfacción y sentimientos de frustración, impotencia y estrés. Los enfermeros que cuentan con un mayor empoderamiento psicológico tienen menor angustia moral. La atención a pacientes terminales genera un gran impacto psicoemocional.
Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal	Pérez ME, Cibanal LJ	México 2016	Fenomenológico	Caracterizar cualitativamente el impacto psicosocial en enfermeras que prestan Cuidados Paliativos a pacientes terminales.	4 profesionales de Enfermería al cargo de pacientes terminales	Entrevista semiestructurada individual	El impacto psicosocial de los enfermeros a cargo de pacientes terminales está relacionado con el constructo social y profesional sobre la muerte y con la falta de formación sobre estrategias de afrontamiento. Existe una confrontación existencial durante el cuidado al final de la vida, entre lo que los enfermeros piensan y sienten y aquello que les han enseñado (distanciamiento emocional)

Palliative Care education: experience of medical and nursing students	Costa AP, Poles K, Silva AE.	Brasil 2016	Descriptivo transversal	Investigar la experiencia de estudiantes de Medicina y Enfermería en la asistencia brindada para pacientes en Cuidados Paliativos, entendiendo la educación que se necesita para este tipo de cuidado.	10 estudiantes: 5 de Enfermería y 5 de Medicina	Entrevista semiestructurada individual	Los estudiantes de Medicina y Enfermería son capaces de aprenden habilidades necesarias para brindar cuidados en CP, pero solo fue posible durante el periodo práctico. Los alumnos afirman que la formación-pregrado sobre CP es insuficiente. No se encuentran preparados para afrontar este cuidado. Es necesario cambiar la formación hacia un enfoque más humano, aprendiendo a tratar a la persona y no solo a la enfermedad.
Knowledge of the Andalusian legislation on dignified death and perception on the formation of attention to terminally ill patients of health sciences students at Universidad de Granada, Spain	Morales Martín AM, Schmidt-Riovalle J, García García I.	Granada (España) 2012	Descriptivo transversal	Determinar el conocimiento de la “Legislación de Derechos y Garantías de la dignidad de las personas durante el proceso de la muerte” y la percepción de la formación en pacientes terminales por estudiantes de Ciencias de la Salud en la Universidad	572 estudiantes: 316 de Enfermería, 113 de Fisioterapia y 143 de Terapia Ocupacional.	Cuestionario	El proceso de la muerte provoca una confrontación entre nosotros mismos y nuestros miedos y límites. Es necesario el aprendizaje de estrategias que ayuden a facilitar esta confrontación y que promuevan habilidades de autocontrol emocional.

				de Granada, España.			
Competencia emocional do enfermeiro a significação do constructo	Xavier S, Nunes L, Basto ML	Brasil 2014	Descriptivo transversal	Aclarar el significado de competencia emocional en un contexto específico, en una unidad de Cuidados Paliativos	34 profesionales de Enfermería y 12 pacientes	Entrevista semiestructurada individual	La mente racional y la emocional deben encontrarse en equilibrio. La competencia emocional está formada por el conocimiento emocional, la regulación emocional y la autonomía emocional. Es necesario desarrollar la competencia emocional para poder regular las emociones, impulsos y comportamientos.
Factores de personalidad en el personal de enfermería de unidades de Cuidados Paliativos	Gómez Cantorna C, Puga Martínez A, Clemente Díaz M, Mayán Santos JM, Gandoy Crego M	Galicia (España) 2012	Descriptivo transversal	Definir los factores de personalidad del personal de Enfermería que afectan al cuidado del paciente terminal.	94 profesionales de Enfermería de unidades de hospitalización y Cuidados Paliativos	Cuestionarios: cuestionario de personalidad “Big Five” y cuestionario de datos sociodemográficos	La personalidad de cada enfermero influirá de manera diferente el cuidado del paciente terminal. Es necesario profundizar en materias psicosociales y en el entrenamiento de habilidades sociales para poder afrontar las situaciones que surjan durante el cuidado al final de la vida. Existen cuatro tipos distintos de personalidad: extraversión, sociabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura al cambio.

Fuente: Elaboración propia

